

消化器内視鏡検査依頼書

(兼診療情報提供書)

製鉄記念室蘭病院 提出用

(検査依頼先)

製鉄記念室蘭病院 地域医療連携室 行き

FAX 0143-47-4305 TEL 0143-47-4304

年 月 日

(依頼元)

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

印

検査予定日 月 日() 時 分頃

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)	男・女
患者氏名				
患者住所	〒 -			
	自宅TEL	日中連絡先TEL		
予約希望日	第1希望 月 日()	第2希望 月 日()	<input type="checkbox"/> 希望日なし	
	<input type="checkbox"/> 曜日の希望あり()		<input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日()	

種類 ○をつけてください	() 胃カメラ (EGD) <input type="checkbox"/> 鎮静希望 <input type="checkbox"/> 経鼻希望	() 大腸カメラ (CS) 検査食希望 <input type="checkbox"/> あり(1,350円自費) <input type="checkbox"/> なし
検査目的 (病名・疑い病名を含む) <input type="checkbox"/> 別紙添付	<input type="checkbox"/> 定期フォロー <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> その他(以下記入)	
現在の処方 <input type="checkbox"/> 別紙添付	抗血栓薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

※胃内視鏡検査は前日夜9時以降は、食事をとらないでください。

※大腸内視鏡検査は、前日夜7時までに食事を済ませ、2時間後に前処置薬(下剤)を服用してください。

その他注意事項は説明書を患者様へお渡しのうえ、ご説明願います。

※大腸内視鏡検査の場合、予約後当院内視鏡センターで前処置薬をお渡しすることができます。

※抗血栓薬服用の患者さんは、検査担当医師の判断で検査内容が変わることがあります。

■予約が完了しましたら、「検査予約受付票・検査予約票」をFAXいたしますので、「検査予約票(受診者用)」を切り離し患者様にお渡しください。

■診察料、検査料につきましては患者様にお支払いいただきます。

■【必須】以下に保険情報をご記入願います(保険証コピーをFAXでも構いません)

主 保 険	保険者番号	記号・番号	1. 本人 2. 家族
併 用 保 険	負担者番号	受給者番号	

2024.06版