

上部内視鏡 予約申込書

申込日 令和 年 月 日

予約日の調整	
望ましい受診 までの期間	☐ できるだけ早く
	☐ 1週間以内
	☐ 2週間以内
	☐ 1か月以内
都合の悪い日	()
待機状況	☐ 貴院待機中 ☐ 急ぎではない

紹介元医療機関	
医療機関名	
ご住所	
医師名	
電話番号	
FAX	
担当者	

診療情報	
傷病名	
紹介目的	

患者様の情報			
フリガナ		生年月日	M T S H R 年 月 日 (歳)
氏 名		性 別	☐ 男 ☐ 女
住 所	〒	電話番号	自宅
			携帯
当院受診歴	☐ なし ☐ あり (ID番号)		

検査にあたっての確認事項			
上部内視鏡検査を受けたことがあるか ☐ なし ☐ あり			
ピロリ菌検査を受けたことがあるか ☐ なし ☐ あり			
既往症	緑内障	☐ なし ☐ あり	
	前立腺肥大	☐ なし ☐ あり	
	心疾患	☐ なし ☐ あり	(病名)
	糖尿病	☐ なし ☐ あり	
	その他	☐ なし ☐ あり	(病名)
抗凝固剤の内服 ☐ なし ☐ あり (薬剤名) (中止日 月 日)			
鎮静 (セデーション) の希望 ☐ 希望なし ☐ 希望あり			

上記ご記入の上、診療情報提供書とともにFAXをお願いいたします。
返信いたしました予約通知書は患者さんにお渡しください。