

上部消化管内視鏡検査FAX申込書 兼 診療情報提供書

【紹介元医療機関】

〒070-8644

旭川市花咲町7丁目4048番
旭川医療センター 医事(FAX予約担当) 宛
FAX 0166-51-3160
TEL 0166-51-3161 (代表)

住 所
名 称
TEL ()
FAX ()

【受付時間】

月曜日～金曜日(祝日、年末年始を除く)8時30分～17時
※17時以降のFAXは翌日、土・日・祝祭日のFAXは直近の平日
対応となりますので、ご了承ください。
※FAXによる当日の予約は行っておりませんので、ご了承ください。

主治医 _____
担当者名 _____

【受診者】

フリガナ			性 別
氏 名	様	男 ・ 女	
生 年 月 日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生 (歳)		
住 所		連絡先	自宅: 携帯:
希望受診日時	① 年 月 日()曜日 時 分 ※月曜から金曜午前9時から11時まででお願いします。	② 年 月 日()曜日 時 分	
当院受診の有無	有 (年頃) 入院 ・ 外来		無

診断名(必須)	
検査目的	(経鼻内視鏡検査も可能です。ご希望の場合は、経鼻希望とご記載ください)

薬アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名: _____
障害の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (四肢障害・視覚障害・聴覚障害・言語障害・排泄障害)
基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (緑内障・糖尿病・心疾患・前立腺肥大)
血糖降下剤	<input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 服用している ※休薬指示については「内視鏡検査の検査を受けられる方へ」をご確認下さい。
プロトンポンプ阻害剤	<input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 服用している
抗凝固血小板薬	<input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 服用している (薬名: _____) 2剤以上服用している場合、1剤中止の適否をご判断ください。(中止・継続) ※2剤以上内服継続でも検査は可能ですが、病理組織検査は施行できません。
妊 娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 可能有
感染症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(HBsAg ・ HCV ・ TPHA) <input type="checkbox"/> 未検
鎮痙剤使用	ブスコパン <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 グルカゴンの使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

※ 説明書兼同意書の原本は検査当日患者さまに持参させてください。

※保険情報 (患者様のカルテを事前に作ることで受付時間の短縮を図ります)

保険者番号	
記 号	
番 号	
続 柄	本人 ・ 家族
	労災 ・ 公務災害 ・ 自賠責 ・ その他

公費負担者番号	
公費負担受給者番号	

公費負担者番号	
公費負担受給者番号	