

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 地域医療連携室 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する事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 | |