

内視鏡検査予約申込書



茨城県立中央病院 地域医療連携室

申込日 年 月 日

FAX 0296-78-3589

検査種目: 上部 ・ 下部

主病名: _____

紹介医療機関名:	
住所:	
TEL:	
FAX:	
医師名: _____	担当者: _____

*検査申込に必要な情報をご記入下さい

抗凝固血小板療法: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> HBs-Ag:(+ ・ -) <input type="checkbox"/> STS:(+ ・ -)
緑内障 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> HCV-Ab:(+ ・ -) <input type="checkbox"/> TPHA:(+ ・ -)
心疾患 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	使用可能な注射薬 (可能な方にレ点)
前立腺肥大 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> グルカゴン
妊娠 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 可能性あり	
糖尿病 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
出血傾向 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
高血圧 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
呼吸不全 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	

*申し込みの際は、申込書と診療情報提供書をFAXしてください。

【ご都合の悪い日】

無 有 月 日

【患者情報】 当院受診歴 無 有 (ID: _____)

フリガナ	(旧 姓)	性別
患者氏名	()	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	歳
住所	〒 -	
電話番号	携帯番号	

【受付時間】 平日 9:00 ~ 16:00

- * 平日16時以降、休日に届いた場合は、翌診療稼働日の対応となります。
- * お返事までにお時間をいただく場合がございます。お急ぎの際はお書き添えください。

【手続き方法】

- * 申込用紙と診療情報提供書を下記FAXへ送信してください。
- * 予約決定後、予約票をFAXにてお送りします。
- * 検査状況により予約日調整までにお時間をいただくことがありますのでご了承ください。

【その他】

* ご都合にて予約変更・キャンセルの場合は、申込医療機関より地域医療連携室へ連絡をお願いします。(直接患者様からはお受けできません。)

【お問い合わせ先】

茨城県立中央病院 地域医療連携室 TEL:0296-77-1121 (代表) 内線:2703