

内視鏡検査申込書(診療情報提供書)

西暦 年 月 日

西宮市立中央病院 患者総合支援センター 宛

<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">(経口 <input type="checkbox"/> ・ 経鼻 <input type="checkbox"/>)</div> <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡 <small>(所定の条件に該当しない方は検査前に外来受診が必要となります。)</small>
--

医療機関名
所在地
紹介医 Ⓜ
電話 () -
FAX () -

(検査希望日)

特にむし	第1希望	月	日	第2希望	月	日	第3希望	月	日
------	------	---	---	------	---	---	------	---	---

ふりがな 患者氏名	様 男 ・ 女	歳	生年 月日	M T S H R	年 月 日
患者住所 〒 -					
電話番号 () -					
当院受診歴の有無 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ 不明 <input type="checkbox"/>					
鎮静剤希望の有無	無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/> 鎮静剤を希望される場合は(★)緑内障の有無も記載ください				
★ 緑内障の有無	無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/> (有の場合は、狭隅角緑内障の確認をお願いします)				
血液凝固防止剤の服用	無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/>	インスリン・血糖降下剤等の服用	無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/>		
感染症の有無	HCV抗体 (+ ・ -) HBS抗原 (+ ・ -) MRSA (+ ・ -) Wa-R (+ ・ -)				
薬剤アレルギーの有無	無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/> ()				
症状経過・検査結果・治療経過・現在の処方等					

西宮市立中央病院 患者総合支援センター

受付	FAX (0798)67-4896	月曜～金曜	午前8:30～午後7:00
		土曜	午前8:30～午前12:00
	電話 (0798)64-1540	月曜～金曜	午前8:30～午後5:00