

この用紙はご記入の上、下記にFaxしたのちに患者様へお渡し下さい。検査当日に持参いただきます。

上部・下部内視鏡検査用説明用紙はダウンロードし、患者様にお渡し下さい。

診療情報提供書兼内視鏡検査 予約申込書

医療法人社団うしお会 八木病院 Fax : 0799-42-6109

外来・内視鏡室 宛

【紹介元医療機関】

医療機関名	
医師氏名	

患者 情報	フリガナ		年齢・性別	歳 男 ・ 女			
	患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生			
	住所		自宅電話 番号	携帯電話 番号			
	臨床情報	上部消化管内視鏡 下部消化管内視鏡					
	便潜血陽性	有症状	スクリーニング	当院受診歴 あり なし 不明			
緑内障	あり なし	前立腺肥大症	あり なし	感染症	あり () なし	抗血栓剤服用	あり なし
保 険 情 報	保険者番号		公費番号				
	記号		受給者番号				
	番号		負担割合	割			
	取得年月日		負担限度額				
		本人	家族	* 保険証のコピーもFaxして下さい			

カルテをあらかじめ作成しますので、上記にご記入の上、当院宛にFaxして下さい。

検査にあたって

- ・抗血栓剤の中止は不要です。
- ・大腸カメラの場合は、前日眠前にプルゼニド2錠内服して下さい。
- ・大腸内視鏡検査の場合は、前処置による死亡例も報告されていますので、何らかの症状がある場合は検査前に外科受診（月・水：午後、土：午前）をお願いします。

検査日 月 日 () 検査開始時間 :

時 分にご来院下さい。