

胃内視鏡検査 / 腹部超音波検査 予約申込書

FAX番号 0120-45-7075

年 月 日

北村山公立病院
医事情報課 地域連携係 宛
TEL 0237-43-7001(連携係直通)

紹介元医療機関名

医師名

TEL

FAX

● 紹介患者情報

フリガナ		性別	(男 ・ 女)
患者氏名		電話番号	()
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日	(歳)
患者住所	〒 -		
北村山公立病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	診察券番号

● 症状・検査目的・病名・基礎疾患など

--

● 希望する検査(○印をいれてください)

胃内視鏡検査	<input type="checkbox"/>	経口	<input type="checkbox"/>	経鼻	<input type="checkbox"/>	腹部超音波検査
--------	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------

● 服薬の状況

※ 抗凝固剤・抗血小板剤の服用について(必須項目)				
抗凝固剤の服用	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり (薬剤名:)
抗血小板薬の服用	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり (薬剤名:)
休薬期間	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	検査の 日前から可
休薬できない理由				

● 検査希望日

<input type="checkbox"/>	特になし	<input type="checkbox"/>	明日	<input type="checkbox"/>	一週間以内	<input type="checkbox"/>	一週間以降でも可
--------------------------	------	--------------------------	----	--------------------------	-------	--------------------------	----------

※特に希望医師のある場合、ご希望日がある場合、ご都合のよくない日などある場合は、下記にご記入ください。

--

※ご紹介いただきましてありがとうございます。

※各検査の予約状況により、ご希望の日に予約ができない場合があります。