

《かかりつけ医⇒北村山公立病院》

北村山公立病院FAX申込様式第2号

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	☐ なし	☐ 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	☐ 経口	☐ 経鼻	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	☐ なし	☐ あり (薬剤名:	)
抗血小板薬の服用	☐ なし	☐ あり (薬剤名:	)
休薬期間	☐ 不可	☐ 検査の	日前から可
休薬できない理由			

● 上部消化管内視鏡検査時のリスクの説明

ご高齢又は心疾患・高血圧などの合併症がある方の場合、上部消化管内視鏡検査による生命の危険を伴うこともありますので、十分にリスクをご説明し、ご理解を得てください。	☐ 済	☐ 未
--	----------------------------	----------------------------

● 検査希望日

☐ 特になし	☐ 明 日	☐ 一週間以内	☐ 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。