

# 内視鏡検査予約申込書 兼 診療情報提供書

記載日： 年 月 日

■紹介先

兵庫医科大学 梅田健康医学クリニック

TEL:06-6131-4461 FAX:06-6131-4674

■紹介元医療機関

医療機関名 所在地 〒		医師名 <span style="float:right">⑩</span>  TEL : FAX :	
フリガナ	性別	住所 〒	〒
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男		
生年月日(西暦) 年 月 日( 歳)	<input type="checkbox"/> 女		
当院または兵庫医科大学病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		電話	
<b>■検査希望日</b> <input type="checkbox"/> 最短日を希望 第1希望： 月 日 第2希望： 月 日		<b>■外来受診希望日(大腸カメラの場合)</b> *午後診(15:30-18:00) 第1希望： 月 日 第2希望： 月 日	
<input type="checkbox"/> 胃カメラ(上部消化管内視鏡検査)		<input type="checkbox"/> 大腸カメラ(下部消化管内視鏡検査)	
<b>■検査方法</b> <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口(鎮静なし) <input type="checkbox"/> 経口(鎮静あり)		<b>■前処置場所</b> <input type="checkbox"/> 当院で下剤内服 <input type="checkbox"/> 自宅で下剤内服後来院	
<b>■検査目的</b> 主訴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心窩部痛 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー上昇 <input type="checkbox"/> 胃もたれ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胸やけ 目的： <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 原因検索 <input type="checkbox"/> その他		<b>■検査目的</b> 主訴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便潜血陽性 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー上昇 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 血便 目的： <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 原因検索 <input type="checkbox"/> その他	
<b>■抗血栓薬の内服</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
<b>■特記事項あれば下記に記載ください</b>   			