

内視鏡検査等依頼用診療情報提供書 (FAX送信用)

FAX送信先 : 加納総合病院 地域連携室 06-6881-6530

医療機関名			電話 () -
	医師		FAX () -
フリガナ		☐ 男	☐ 外来 ☐ 入院
患者氏名		☐ 女	生年月日 ☐ M ☐ T ☐ S ☐ H 年 月 日 歳
住所	〒		電話 () - 携帯 () -
保険者番号			公費負担者番号
記号・番号			公費受給者番号
区分	☐ 本人 ☐ 家族		老人負担割合 ☐ 1割 ☐ 3割 高 (☐ 1割 ☐ 3割)
生保	役所名		担当者名
自賠責	保険会社名		担当者名

※保険情報はご記入いただくか、保険証をFAXして下さい。

依頼項目を○で囲んでください。

希望日	第一希望 月 日 ☐ 午前 ☐ 午後	第一希望 月 日 ☐ 午前 ☐ 午後
内視鏡	☐ 上部消化管 → どちらか選択して下さい (☐ 経口 ☐ 経鼻) ・生検の希望 ☐ 希望しません。 ☐ 希望します。→ 下段「特記事項」生検希望の欄参照	
超音波検査	☐ 腹部 ☐ 心臓 ☐ 頸動脈	
生理検査他	☐ 脳波 ☐ ホルター心電図 ☐ 筋電図	☐ 骨密度測定
病名		
検査目的 病状経過 既往歴等		

特記事項

内視鏡	ブスコパンの使用について (☐ 使用可 ☐ 使用不可) * 心筋梗塞等の心疾患、前立腺肥大症、緑内障の患者様はグルカゴンを使用します。	
生検希望 抗凝固薬 抗血小板薬	抗凝固薬等服用の有無 : ☐ 無 ・ ☐ 有 → 薬剤名 () 投薬の中止は? ☐ できない ☐ できる → 何日休薬できますか? () 日間 * 可能な場合は、検査の1週間前から休薬していただきますようお願いいたします。	
薬剤アレルギー	☐ 無 ☐ 有 → 薬剤名か、どのような時に使用した薬かご記入下さい ()	
	結果(CD-R)	所見(郵送します。)
内視鏡検査	☐ 要(当日お渡しします。) ☐ 不要	☐ 要 ☐ 不要
超音波検査	☐ 後日、写真を貴院宛に郵送します。 ☐ 不要	■ 所見は、後日貴院宛に郵送します。
脳波	後日貴院宛に結果と所見を郵送します。	
ホルター心電図	後日貴院宛に結果と所見を郵送します。	
筋電図	後日貴院宛に結果と所見を郵送します。	
骨密度	当日、患者様にお渡しします。	

【お問い合わせ・連絡先】

加納総合病院 地域連携室

お知らせ

TEL 06-6351-5381(代)

・緊急検査等により、お待たせすることがございますのであらかじめご了承下さい。

06-6351-9810(直通)

・内視鏡検査は、検査前に内科外来で検査の説明をいたします。

診療情報提供書、予約通知書、保険証等は、ご来院の当日受付へご提出いただくようご本人様にお伝え下さい。