

胃カメラ・大腸内視鏡・胃透視 申込書（医療機関専用）

太枠内もお忘れなくご記入下さい
 ご希望される検査にチェック☑をお願いします

当日の胃カメラを希望される場合は「緊急」に✓してください。 症状などを「緊急理由」欄にご記入ください。	依頼区分	<input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 通常
--	------	---

緊急理由	緊急の内視鏡の受付は8：30～11：30（診療受付時間内）までとなります。 大量吐血やショック状態、腹膜刺激症状が明らかな場合は当院では対応不可能となりますので 関西医科大学附属病院救命救急センターなど三次救急へ搬送してください。
-------------	---

胃カメラと胃透視は枚方市胃がん検診が利用可能です。 年齢などの条件は別途ご確認ください。		保険区分	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 検診
共通確認事項	ご紹介病院	医師名	
	電話番号	FAX番号	
	ふりがな	診察券番号	
	氏 名	性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日生	
	現住所	〒 -	

胃カメラ確認事項	<input type="checkbox"/> 検査方法	検査方法を「必ず」確認してください。 <input type="checkbox"/> 経鼻（鼻からスコープ挿入） <input type="checkbox"/> 経口（口からスコープ挿入）
	第1希望	<input type="checkbox"/> 年 月 日（ ）午前9時
	第2希望	<input type="checkbox"/> 年 月 日（ ）午前9時
	第3希望	<input type="checkbox"/> 年 月 日（ ）午前9時
	連絡事項	

胃透視確認事項	第1希望	<input type="checkbox"/> 年 月 日（ ）午前
	第2希望	<input type="checkbox"/> 年 月 日（ ）午前
	第3希望	<input type="checkbox"/> 年 月 日（ ）午前
	連絡事項	

大腸内視鏡は事前説明と前処置薬の処方がありますので検査前の受診が必要です。		
大腸C確認事項	第1希望	<input type="checkbox"/> 年 月 日（ ）午後
	第2希望	<input type="checkbox"/> 年 月 日（ ）午後
	第3希望	<input type="checkbox"/> 年 月 日（ ）午後
	連絡事項	