

胃カメラ・胃透視・大腸カメラ 申込書（医療機関専用）

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

緊急

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。

関西医科大学くずは病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

—

—

FAX

—

—

医師名

フリガナ	旧 姓	性別	生 年 月 日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生（ 歳）
住 所 〒			当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明 「有り」の場合ID番号 (ID:)
電話番号			

主訴および傷病名	ADL : <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり → 来院方法 ()
紹介目的 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 検査 () <input type="checkbox"/> 家族相談 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他 ()	待ち状況 : <input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 入院中 → 来院方法 ()
アレルギー <input type="checkbox"/> 薬物過敏 () <input type="checkbox"/> 食物過敏 ()	備考欄

<input type="checkbox"/> 胃 C	検査方法	検査方法を「必ず」確認してください。 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 鎮静経口（眠り薬を使って）		
	第1希望	年	月	日 () 午前
<input type="checkbox"/> 胃 透 視	第1希望	年	月	日 () 午前
	第2希望	年	月	日 () 午前
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。				
<input type="checkbox"/> 大 腸 C	第1希望	年	月	日 () 午前
	第2希望	年	月	日 () 午前

【お問い合わせ】

関西医科大学くずは病院 地域医療連携部 〒573-1121 枚方市楠葉花園町4番1号

【受 付】 平日 8時30分～20時00分 土曜 8時30分～12時00分

【休 診 日】 日曜日・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）

■ ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問合せください。

電話 072 - 809 - 0013

FAX 072 - 809 - 0022