

関西医科大学総合医療センター FAX(06)6993-9488
上部消化管内視鏡検査紹介状兼申込書

令和 年 月 日

関西医科大学総合医療センター 医療機関名
消化器肝臓内科 医師氏名
内視鏡センター 宛 住所

電話番号:

FAX番号:

患者	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 西暦
	氏名 様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年	月	日	()歳
	関西医科大学総合医療センターの受診歴		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
患者住所	〒					
紹介目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 検診後精査 <input type="checkbox"/> その他()					
診断名	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 未診断					
感染症	<input type="checkbox"/> 検査済:HBs抗原(+、-) HCV抗体(+、-) 梅毒反応(+、-) <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明					
抗血栓薬 糖尿病薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 薬剤名() ※抗血栓薬及び抗血小板薬を服用の場合は休薬可否についてもお知らせください					
アレルギー	ヨード剤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	キシロカイン	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
前処置薬	鎮痙薬(ブスコパン)	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 不明		
	ゲルカゴン	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 不明		
既往	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> てんかん					
特記事項						
添付資料	①検査結果(有・無) ②画像フィルム(有・無) ③その他()					
検査希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望	令和	年	月	日()	経口内視鏡検査 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 第2希望	令和	年	月	日()	経鼻内視鏡検査 <input type="checkbox"/>
鎮静(ミダゾラム)希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (経鼻検査は原則鎮静は行いません)						
患者さんが待機されている等FAX受診後直ちに予約日の連絡が必要ですか? <input type="checkbox"/> 必要						

- 予約申込のFAX送信は平日8:30~20:00、土曜日9:00~13:00(検査希望日の前日は平日15:00、土曜日11:30まで)にお願いします。
- 本状と共に、紹介状を送付頂くとともに、当日は紹介状、同意書を持参ください。
- 検査結果に伴う診察をご希望の際は、改めて紹介状の発行をお願いいたします。
- 予約日の変更希望の場合は下記にご連絡ください。

関西医科大学総合医療センター
地域医療連携部 病診連携課
電話 06-6993-9444 FAX 06-6993-9488