|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **内視鏡検査申込書** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 独立行政法人  地域医療機能推進機構　中京病院 | | | | | | | |  |  | | | | 年　 　月 　　日 |
| 地域医療連携室***FAX***申込書 | | | | | | | |  | 医療機関名 | | | |  |
| FAX : 052-691-6053 | | | | | | | |  | 医師名 | | | |  |
| TEL : 052-691-6886（直通） | | | | | | | |  | ＴＥＬ | | | |  |
|  | | | | | | | |  | ＦＡＸ | | | |  |
| 患者 | 氏名 | | |  | | | | | フリガナ | | |  | |
| 性別 | | 男・女 | | | | 住所 　　　　　　　　　　　　　　Tel | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 大・昭・平・令 | | | | | 年　　　　月　　　　日　　　　　　　歳 | | | |
| 病名  （主訴） |  | | | | | | | | | | | | |
| 紹介目的 | 上部内視鏡 | | | | | □ハイビジョン内視鏡 | | | | | □経鼻内視鏡 | | |
| 下部内視鏡 | | | | | □大腸内視鏡 | | | | |  | | |
| 臨床症状  特記事項 |  | | | | | | | | | | | | |
| 申込みに  あたっての注意事項 | ■「診療情報提供書」についてのお願い  **受診時、診療情報提供書（貴施設の書式で結構です）をお願いします。**診療情報提供書には現在の内服薬の記載を宜しくお願いします。　　　　　　　　　　（「お薬手帳」など飲んでいる薬がわかるものを持参していただいても結構です。）  ※内服薬がわからない際は、組織生検、内視鏡的切除ができない場合があります。  ※鎮静下の検査を御希望の方や、内視鏡の適応について迷われる方などは、お気軽に当院消化器内科の外来受診予約をしてください。  ■下部内視鏡（大腸内視鏡）の申し込みについて  **この「内視鏡検査専用の申込書」を052-691-6053へFAXしてください。**  ※これまでの内視鏡検査申込書でも結構です。  折り返し「検査予約票」「大腸検査を受けられる患者さんへ」「大腸内視鏡検査についての説明書」をFAXします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（平日19時以降や土日祝のお申し込みの場合は翌診療日に御返事します。）  ■検査後の説明について  患者さんの同意の下、ポリープ切除を施行した際には、原則当院外来で結果や今後の対応などを御説明しますが、患者さんの御希望により、これまで通り紹介元での御説明とする場合もあります。何かお困りのことがあれば、気軽に再紹介いただければ幸いです。  なお内視鏡結果、生検結果はこれまで通り紹介元で御説明お願いします。　　　　　　　（内視鏡検査の結果は検査後１０日以内に郵送させていただきます。） | | | | | | | | | | | | |
| **受診希望日　　①　　　　年　　　月　　　日　　　②　　　　年　　　月　　　日** | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | |