

内視鏡検査申込書

独立行政法人

年 月 日

地域医療機能推進機構 中京病院

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。 <u>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。</u> （「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 <u>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。</u>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をお願いします。 （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	
----	--