|  |  |
| --- | --- |
| **上部・下部消化管内視鏡検査専用申込書** | **松下記念病院　　　　ＦＡＸ（０６）６９９２-６６９７　（医療連携専用）** |
| **診療情報提供書（ＦＡＸ紹介予約申込書）** | |

**松下記念病院　消化器内科　内視鏡室宛**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名

㊞

医師氏名

住所

WEB予約済　□

電話番号

ＦＡＸ番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者 | フリガナ | 生年  月日 | □大　　□昭　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　□男　□女 | □平　　□令　　　　　　　　（　　　　　歳） |
| 今までに松下記念病院を受診したことが　　　　　　　　　　　　　　　□ あります　　　　□ ありません | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 検査内容 | 上部消化管内視鏡検査　　経口希望　（□ 鎮静有　　□ 鎮静無）　／　□経鼻希望 |
| 下部消化管内視鏡検査　　□　　※病院処置のみ |
| 処方内容 | ※抗血栓薬服用の際には、□にチェックをお願いいたします。  □ 抗血小板薬　（バイアスピリン、パナルジン、プラビックス、エフィエントなど）  　　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　）  □ 抗凝固薬　（ワーファリン、プラザキサ、イグザレルト、エリキュース、リクシアナなど）  　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 紹介目的  症状経過  既往歴  その他医療情報  および  特記事項 | 月　　　　日頃より　　以下の症状を認める  （症状） |
| 添付資料 | * 画像診断フィルム　　□ 検査結果　　　□ その他（　　　　　　　　　） |
| 受診希望日　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　　日　（　　　　　　）　　　　　　　　　　　希望 | |
| 患者様が待機されている等　FAX受信後、直ちに連絡の必要がありますか？　　　　　□　有 | |

備考　１．予約申し込みのFAX送信は来院希望日前日までの、平日８：３０～１7：００にお願いいたします。

　　　　２．既往歴・家族歴、治療経過につきましては【その他医療情報および特記事項】にご記入ください。

松下記念病院　患者支援連携センター

〒570-8540　　守口市外島町５番５５号　　　　　　　　直通TEL　（０６）６９９２-５３７３