

内視鏡検査申込書（兼診療情報提供書）

申込先：函館市医師会病院 地域医療連携室

申込日： 年 月 日

直通TEL 43-4876 直通FAX 43-3416

氏名	様	T・S・H・R	年	月	日生	才	男・女
依頼病医院・医師							印
依頼検査 (○をおつけください)	1. 上部内視鏡検査 (GF)		2. 下部内視鏡検査 (CF)				
検査日時			鎮静剤使用	有・無			
内視鏡検査歴	上部 (GF) : 有・無		下部 (CF) : 有・無				
抗血栓薬内服 (他院も含め)	無・有 ()						
感染症	HBsAg	+・-・未	HCV	+・-・未	ワ氏反応	+・-・未	
合併症	緑内障	有・無	前立腺肥大	有・無			
	心疾患	有・無	高血圧症	有・無	糖尿病	有・無	
既往歴（特に手術歴）							
病歴・検査目的							
<ol style="list-style-type: none">1. 共通受診申込書とあわせて内視鏡検査申込書と処方内容を連携室にFAXしてください。2. 受診調整後、当院から予約票を返信させていただきます。3. 内視鏡検査申込書の原本を患者さんにお渡しし、コピーを紹介元控としてください。4. 鎮静を希望される場合は、自動車、バイク、自転車等の運転は控えていただきますよう、ご了承願います。5. 検査中止または延期等は速やかにその旨をご連絡願います。							