

## 土庫病院上部内視鏡検査予約依頼書

下記必要事項を漏れなく  
ご記入いただき、土庫病院  
地域医療連携課へFAX下  
さい。

貴院名	
所在地	〒
TEL	
FAX	
医師氏名	

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		年 月 日生 ( 歳)	男・女
患者住所	〒 TEL ( ) -		
保険者番号		公費負担者番号	
記号	番号	公費受給者番号	
被保険者との続柄	本人・家族	当院受診歴	無・有

対象疾患	依頼目的		
既往歴	※急性狭隅角緑内障 無・有		
内服薬の確認	抗血栓薬	無・有 ( 薬名: )	
	糖尿病治療薬	無・有 ( 薬名: )	
	てんかん薬	無・有 ( 薬名: )	
他の内服薬 (具体的に)			※検査当日、お薬手帳を ご持参下さい!!
薬物アレルギー	無・有 ( )		
感染症の有無	HBS 抗原	( + ・ - )	年 月実施 ・ 未実施
	HCV 抗体	( + ・ - )	年 月実施 ・ 未実施
	梅毒抗原	( + ・ - )	年 月実施 ・ 未実施
その他 (注意すべき事項)			

希望日※	都合の悪い日	予約に関する特記事項
① 年 月 日 ( ) 午前・午後		
② 年 月 日 ( ) 午前・午後		

※予約が混み合っていますので、ご希望に添えないこともあります。その場合は都合の悪い日を除いて取らせていただきます。

鎮静剤の希望	無・有	鎮静剤の強弱	強・弱 (※強い鎮静剤をご希望の場合午前からのみの検査となります)
--------	-----	--------	-----------------------------------

※お問い合わせは 土庫病院 相談連携室 地域医療連携課 TEL : 0745-53-5471 (代) / FAX : 0745-53-5599 (直)