

## 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)					
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			
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のみの検査となります)	