

函館中央病院 地域医療連携室 行

直通FAX  0120-715-888

## 上部消化管内視鏡検査申込書

函館中央病院 地域医療連携室

〒040-8585 函館市本町33-2

直通電話 (0138)55-3421

医療機関名 :

医師名 :

TEL :

FAX :

|                                       |                                                                                  |                                                      |                    |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------|
| フリガナ<br>患者氏名                          |                                                                                  | 性別                                                   | 生年月日               |
|                                       | 様                                                                                | 男・女                                                  | 大・昭・平・令<br>年 月 日 才 |
| 検査                                    | 上部内視鏡検査 ⇒ <input type="checkbox"/> 経口 ・ <input type="checkbox"/> 経鼻 (希望する方へチェック) |                                                      |                    |
| 第1希望診察日                               | 年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後                |                                                      |                    |
| 第2希望診察日                               | 年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後                |                                                      |                    |
| 事前情報                                  | 感染症                                                                              | HBsAg + ・ - ・ 未                                      | HCV + ・ - ・ 未      |
|                                       | 合併症                                                                              | 【緑内障】⇒ 有 ・ 無 ・ 不明                                    |                    |
|                                       |                                                                                  | 【前立腺肥大】⇒ 有 ・ 無 ・ 不明                                  |                    |
|                                       |                                                                                  | 【心疾患】⇒ 有 ・ 無 ・ 不明                                    |                    |
|                                       |                                                                                  | 【高血圧】⇒ 有 ・ 無 ・ 不明                                    |                    |
|                                       |                                                                                  | 【腎機能障害】⇒ 有 ・ 無 ・ 不明 ※有の場合⇒・BUN( ) mg/dL ・Cr( ) mg/dL |                    |
| 病名・症状・コメント欄 (その他、特記事項等ありましたら御記入ください。) |                                                                                  |                                                      |                    |
| 患者様の状態 (歩行可 ・ 車イス ・ ストレッチャー)          |                                                                                  |                                                      |                    |

◎検査当日は、患者様に診療情報提供書を持参して頂く様お願い申し上げます。

◎場合により、希望医師の診察が困難な場合もございますので、御了承下さい。

|        |               |                            |                       |
|--------|---------------|----------------------------|-----------------------|
| 患者住所   | 〒             |                            |                       |
|        | TEL ( ) -     |                            |                       |
| 保険情報   |               | 公費保険情報 (乳幼児・ひとり親・生保・障害・特疾) |                       |
| 保険者番号  |               | 負担者番号                      | 負担区分                  |
| 記号・番号  |               | 受給者番号                      | 初診時一部負担               |
| 被保険者氏名 |               | 有効期間                       | 年 月 日 ~ 年 月 日 1割・( )割 |
| 続柄     | 本人・家族( )      | 負担者番号                      | 負担区分                  |
| 有効期間   | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 受給者番号                      | 初診時一部負担               |
| 高齢者負担  | 割             | 有効期間                       | 年 月 日 ~ 年 月 日 1割・( )割 |

○予約の日時が決まり次第FAXにてお知らせいたします。(10分程度)

返送のない場合はお手数ですが、御連絡くださいますようお願い申し上げます。

○FAX受付は24時間随時行っておりますが、誠に勝手ながら休診日と下記時間以外のお申込は、翌日等に返送させて頂くことになりますので、御了承下さい。

【平日】 9:00 ~ 16:00

【土曜】 9:00 ~ 12:00