


函館中央病院 地域医療連携室 行

直通FAX  0120-524-888

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 患者氏名	性別	生年月日		
	男・女 様	大・昭・平・令 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	ワ氏反応 +・-・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となりますので、御了承下さい。

【平日】 9:00 ~ 16:00 【土曜】 9:00 ~ 12:00