

# 病診連携 内視鏡予約申込書(FAX)

年 月 日

有田市立病院 入退院支援センター 地域連携室

FAX 0737(82)6565

電話 0737(82)0887

貴医療機関名	電話番号	( )
医師名	FAX 番号	( )

フリガナ	性 男	生年月日	大・昭・平・令
患者名	別 女		年 月 日
住所			
電話番号	( )		

検査の種類, 目的					
<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> スクリーニング				
<input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 健診異常精査 ( )				
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
	ポリープ切除の希望		<input type="checkbox"/> あり(入院となります)	<input type="checkbox"/> なし	
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大症
	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 難聴	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> キシロカインアレルギー
	その他 ( )				
<input type="checkbox"/> 貴院からの御処方					
<input type="checkbox"/> 静脈麻酔を希望	( <input type="checkbox"/> する、 <input type="checkbox"/> しない、 <input type="checkbox"/> 検査医にまかせる )				
希望予約日	第1希望	月	日	( )	
	第2希望	月	日	( )	
検査を希望する医師があれば	( )	科	医師名	( )	

ご予約には、この FAX 用紙をご送信ください。

受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 月 ~ 金曜日 (祝日を除く)

患者登録をして予約日時が決まり次第、予約票を送信します。

F A X は 1 7 : 1 5 以降も受け付けますが、対応は翌日以降 (休日の場合は平日以降) になります。