

上部内視鏡予約申込書

【紹介先】八尾市立病院
地域医療連携室 行

【紹介元医療機関】

医療機関名			
医師名			
住所	—		
TEL	—	—	
FAX	—	—	

【患者情報】

フリガナ		性別	受診歴
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	頃
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 () 歳		
住所	—		
TEL	—	—	

【検査目的】(病名)

.....

.....

.....

○ 問診表 (必ずご記入ください)

・心臓疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
・ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
・緑内障	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
・糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
・前立腺肥大症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
・アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
・キシロカインアレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

感染症		
B型肝炎ウイルス (HBV)		
<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 検査中
C型肝炎ウイルス (HCV)		
<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 検査中
梅毒 (Wa)		
<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 検査中

・抗凝固薬・抗血小板薬の服用※	<input type="checkbox"/> 内服継続予定	<input type="checkbox"/> 1週間前から休薬予定	<input type="checkbox"/> 内服なし
-----------------	---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

※原則的に抗凝固薬は検査の1週間前から休薬をいただきますが、継続服用いただいても検査は可能です。ただし、生検ができないことを了承ください。

・経鼻内視鏡希望	<input type="checkbox"/>	必ずご希望に添えるとは限りません。
----------	--------------------------	-------------------

【予約希望】

◎都合の悪い日時					
◎希望日時	第1希望	月	日	第2希望	月	日
優先順位をご記入ください⇒	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	

備考

八尾市立病院 地域医療連携室
FAX 072-922-8167
TEL 072-922-0887