

医療法人 良秀会 高石藤井病院 上部内視鏡検査予約申込書

送信先: FAX 0120-622-489(直通) :送信者( )

予約申込日 年 月 日

フリガナ 患者氏名		男・女	医療機関名称
生年 月日	M・T S・H	年 月 日	医師名
住所	〒		電話番号
電話.FAX			FAX番号

検査日時	年 月 日 ( ) 午前 時 分
------	------------------

○ 診療申込記入欄

病名・主訴	
紹介目的	

○ 内視鏡検査 質問表

(該当を○で囲んでください)

1	以前、上記の検査を受けたことがありますか	はい ・ いいえ
2	心臓の病気といわれたことがありますか (不整脈・狭心症・心筋梗塞)	はい ・ いいえ
3	脳梗塞といわれたことがありますか	はい ・ いいえ
4	喘息といわれたことがありますか	はい ・ いいえ
5	高血圧といわれたことがありますか	はい ・ いいえ
6	緑内障(眼圧が高くなる病気)といわれたことがありますか	はい ・ いいえ
7	男性の方にお聞きします 前立腺肥大(尿が出にくくなる病気)といわれたことがありますか	はい ・ いいえ
8	糖尿病といわれたことがありますか (薬は服用されていますか)	はい ・ いいえ
9	歯科の麻酔で気分が悪くなったことがありますか	はい ・ いいえ
10	今までに腹部の手術を受けたことがありますか	はい ・ いいえ
	いつ頃、どのような手術ですか ( 歳) ( ) ( 歳) ( )	

ブスコパン     グルカゴン     不可

主治医または検査施行医師 確認署名

印

1	抗凝固剤・抗血小板薬(血をサラサラにし、 血がとまりにくくなる薬)を服用していますか	<input type="checkbox"/> 服用なし <input type="checkbox"/> 服用中
	<input type="checkbox"/> 薬品名( )を 年 月 日から中止	
	<input type="checkbox"/> 薬品名( )を 年 月 日から中止	

※この用紙を上記FAX番号へ送信してください。