

名古屋掖済会病院 FAX 検査予約連絡票

診療情報提供書 **胃カメラ**

所在地
医療機関名
医師氏名
T E L
F A X

記載日 年 月 日

フリガナ	旧姓	生年月日 大・昭・平・令
氏名 (男・女)		年 月 日 (歳)
〒		固定電話 () -
住所		携帯電話 () -

検査希望日時

☐ 第 1 希望 年 月 日	☐ 希望日なし
☐ 第 2 希望 年 月 日	☐ 曜日のみ希望 月・火・水・木・金
☐ 第 3 希望 年 月 日	

検査項目

上部内視鏡

☐ 経口

☐ 経鼻

☐ 鎮静剤使用(経口)

- ・鎮静剤の注射を行います。
- ・終日、車・バイク・自転車の運転が出来ません。
- ・検査後 1 時間程度休んでから帰宅となります。

確認事項

確認事項 (必須)

① 抗凝固薬、抗血小板薬の服用

☐ なし

☐ あり

薬名

→ 抗凝固薬、抗血小板薬の中止 ☐ 可 ☐ 不可

② 薬剤アレルギー

☐ なし

☐ あり

薬名

診断名・症状・治療経過など

☐ 別紙、診療情報提供書参照

医師氏名

- ※ FAX 検査予約連絡票（こちらの紙）を検査の **2 営業日前**までに FAX 送信下さい。
- ※ 予約受付後「検査予約票」「予約票」を FAX いたしますので、患者様にお渡しください。
- ※ 平日 16 時 50 分以降および土日祝日にお申し込みの場合、翌営業日に返信させていただきます。

名古屋掖済会病院 地域医療支援センター
TEL:052-652-7954

FAX:052-652-7953