

内視鏡検査依頼書

(神戸掖済会病院 紹介用)

医療機関名

紹介医師名

患者	(フリガナ) 氏 名	様 男・女		神戸掖済会病院受診歴 有 (ID.) 無	
	生年月日	年 月 日生 (歳)	職業		
	住 所	〒 連絡先 ()			

検査希望日: 第一希望 月 日 第二希望 月 日

希望に添えない場合に、どうしても都合の悪い日 月 日

主 保 険	保険番号	記号・番号		1. 本人
				2. 家族
併用保険	負担者番号	受給者番号	種 別	1. 有
				2. 無

希望種別: ☐ 鎮静下経口内視鏡検査
 * 鎮静下経口内視鏡検査を希望される場合は鎮静剤投与同意書と付き添いの方の同伴が必要です
☐ 経鼻内視鏡検査

病名ないし疑い診断:		
★生検をした後、後日当院での検査報告を希望しますか? ☐ 希望する (2~3週間後に外来予約を入れます) ☐ 希望しない (2週間ほどで結果を郵送します)		
感染症の有無 (出来れば記入)	HBs抗原 (+、-、未検査) WA-R (+、-、未検査)	HCV (+、-、未検査) その他感染症 _____
前回検査の有無 ☐ な し ☐ あ り (年 月)		
主治医へのお願い 検査前にブスコパンを注射しますので、下記に疾患をお持ちの場合はチェックをお願いします。 ☐ 緑内障 ☐ 心疾患 ☐ 前立腺肥大症 ☐ 薬物アレルギー		

申し込み先: 神戸掖済会病院 地域医療連携室

TEL 078-781-1411

FAX 078-781-7300