

内視鏡検査予約フォーム

□に☑をご記入下さい

患者様個人からご依頼

医療機関からのご依頼

患者様のお名前: ふりがな _____ 男・女

生年月日: M / T / S / H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 体重 _____ kg

過去に受診あり → 診察券番号 [_____]

過去に受診なし、または変更のある場合は下記にご記入下さい。

住所: _____ 電話番号: _____

○ 医療機関からのご依頼の場合

医療機関名: _____ ご芳名: _____

ご連絡先: _____

ご紹介内容を記入ください

* 検査結果は、紹介元に郵送にて返事させていただきますので患者様への説明、事後の対応はご紹介元でお願いすることを原則としております。当方で事後の対応をさせていただくほうが良い場合は、指示いただければ幸甚です。

[_____]

○ 患者様からのご依頼の場合 検査目的について下記に☑を記入ください。

腸の症状

<input type="checkbox"/> 便潜血検査で陽性	<input type="checkbox"/> 便に血が混ざる	<input type="checkbox"/> 大腸ポリープと診断を受けた
<input type="checkbox"/> 下腹部膨満感	<input type="checkbox"/> 下腹部痛	<input type="checkbox"/> 肛門から真っ赤な血が出た
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 大腸癌が心配
<input type="checkbox"/> その他 [_____]		

胃・食道の症状

<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 胃癌が心配
<input type="checkbox"/> 膨満感	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> ピロリ菌が気になる
<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 吐血	<input type="checkbox"/> 粘膜下腫瘍と診断を受けた	
<input type="checkbox"/> その他 [_____]			

○ 希望の検査 □に☑記入ください

上部(胃、十二指腸・食道)内視鏡 下部(大腸)内視鏡 外来診察

当院にてFAX受信確認後、電話させていただきますので、電話にて予約確定となります。

* 電話は10:00~16:00につながる番号をお願いします。

電話番号: _____