（GF検査専用申込）様式①

令和　　年　　月　　日

大崎市民病院 上部消化管内視鏡検査 予約申込書 兼 診療情報提供書

ＦＡＸ番号０２２９－２４－３００５

地域医療連携室　直通TEL０２２９-２３-９９８６

予約受付時間：平日（祝祭日除く）8:30～17:00

受診希望日	第１希望：　　月　　日	貴院の名称	
※当日不可	第２希望：　　月　　日	所 在 地	
	□　いつでも可	Ｔ Ｅ Ｌ	
紹介診療科	消化器内科	Ｆ Ａ Ｘ	
医 師 名	検査担当医	医 師 名　　科　　㊞	
ふりがな		市民病院　受診歴（分院・診療所を含む）	
患者氏名	様 （旧姓）：	□　なし　□　あり　□　不詳 （市民病院ID）：	
性　別	男　・　女　年　齢　　才	電　話	自宅
生年月日	(M・T・S・H・R)　年　月　日		携帯
住　所	〒　　－		
紹介目的	上部消化管内視鏡検査によるスクリーニング		
傷 病 名	□ 慢性胃炎疑い　□ ピロリ感染疑い　□ 胃がん検診二次検診		
主　訴			

① 既往歴及び家族歴　② 症状経過　③ 検査結果　④ 治療経過　⑤ 現在の処方

【患者さんへ事前に確認を行ってください】

① 過去に上部消化管内視鏡検査を受けて具合が悪くなったことがあるか：　□ なし　□ あり

② 麻酔薬（キシロカイン等）を使用して具合が悪くなったことがあるか：　□ なし　□ あり

③ 抗血栓薬内服の有無：　□ なし　□ あり（□ 抗凝固薬（薬の名前：＿＿＿＿＿＿＿＿））

（□ 抗血小板（薬の名前：＿＿＿＿＿＿＿＿））

④ 糖尿病薬内服または注射の有無：　□ なし　□あり（薬の名前：＿＿＿＿＿＿＿＿）

・この用紙は診療情報提供書（紹介状）として扱えます。

・診療情報提供書（紹介状）の原本は患者様に交付し予約日に持参するようお取り計らいください。

令和元年5月版