

保険者番号							
被保険者証・被保険者手帳の記号番号							
被保険者との続柄	(本人 ・ 家族)						

※もしよろしければ保険情報の記載もお願いします。

公費負担番号							
公費負担医療の受給者番号							

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

独立行政法人国立病院機構
嬉野医療センター
<http://www.hosp.go.jp/~uresino/>

医療機関名

所在地

TEL/FAX

外来検査担当医師 御中

・検査の希望日： 月 日 () 時頃 科 医師名 印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒	TEL		()

検査予約申込書 (内視鏡用)

3枚複写になっております。

国立病院機構 嬉野医療センター 地域医療連携室

FAX 0120-473-489^{よやく}

(予約専用)

予約受付時間：平日 8:30~17:00 (17:00以降については、翌日の取扱いとなります。)

【検査項目】

【項目等】			
検査項目	詳細		前処置薬
<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸		<input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> なし
【特記事項】 ※必ず記入して下さい。			
① アレルギー	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
② 心疾患	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
③ 緑内障	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
④ 抗血小板剤使用	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
⑤ 妊娠及びその可能性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
⑥ 気管支喘息既往	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
⑦ 前立腺肥大	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
⑧ 抗凝固剤使用	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
⑨ キシロカイン禁忌性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
⑩ ヨード造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明

※配布させていただいた内視鏡検査の説明書をご確認ください。

診療情報提供書

紹介先医療機関名

独立行政法人国立病院機構

嬉野医療センター

http://www.hosp.go.jp/~uresino/

外来検査担当医師 御中

医療機関名

所在地

TEL/FAX

・検査の希望日： 月 日 () 時頃 _____ 科 医師名 _____ 印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住 所	〒	TEL		()
紹介目的				
臨床診断・ 検査の主眼点				
既往歴 及び 現在の処方	薬物アレルギー			

【項目等】		
検 査 項 目	詳 細	前 処 置 薬
<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸	<input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> なし
【特記事項】 ※必ず記入して下さい。		
① アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
② 心疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
③ 緑内障	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
④ 抗血小板剤使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
⑤ 妊娠及びその可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
⑥ 気管支喘息既往	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
⑦ 前立腺肥大	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
⑧ 抗凝固剤使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
⑨ キンロカイン禁忌性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
⑩ ヨード造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	

※配布させていただいた内視鏡検査の説明書をご確認ください。