

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									

令和 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

<https://ureshino.hosp.go.jp>

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

① 月 日 () 時頃

② 月 日 () 時頃

科 医師名 印

フリガナ			生年月日	明・大・昭・平・令 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
☐ 胃・十二指腸	☐ 胃・十二指腸		☐ ブスコパン ☐ グルカゴン ☐ なし
【特記事項】 ※必ず記入して下さい。			
① アレルギー	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
② 心疾患	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
③ 緑内障	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
④ 抗血小板剤使用	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
⑤ 妊娠及びその可能性	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
⑥ 気管支喘息既往	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
⑦ 前立腺肥大	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
⑧ 抗凝固剤使用	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
⑨ キシロカイン禁忌性	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
⑩ ヨード造影剤副作用歴	☐ 有	☐ 無	☐ 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

<https://ureshino.hosp.go.jp>

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

① 月 日 () 時頃

② 月 日 () 時頃

科 医師名

印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 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
☐ 胃・十二指腸	☐ 胃・十二指腸		☐ ブスコパン ☐ グルカゴン ☐ なし
【特記事項】 ※必ず記入して下さい。			
① アレルギー	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
② 心疾患	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
③ 緑内障	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
④ 抗血小板剤使用	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
⑤ 妊娠及びその可能性	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
⑥ 気管支喘息既往	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
⑦ 前立腺肥大	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
⑧ 抗凝固剤使用	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
⑨ キシロカイン禁忌性	☐ 有	☐ 無	☐ 不明
⑩ ヨード造影剤副作用歴	☐ 有	☐ 無	☐ 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。