

上部消化管内視鏡検査予約申込書（FAX送信票）

国立病院機構 東近江総合医療センター 地域医療連携室宛
(FAX 0748-22-5626 / TEL 0748-22-3111)

申込医療機関名

医 師 名

T E L

F A X

令和 年 月 日

患者様事項		(氏名には必ずフリガナをお付けください)	
フリガナ			
氏 名		性 別 男 ・ 女	
生年月日	T ・ S ・ H ・ R	年	月 日 生 (歳)
住 所		〒 — —	
T E L		— —	
※今までに東近江総合医療センター（旧・国立滋賀病院）の受診はありますか？			
ある 旧姓 ()		ない	
ご希望日		(曜日のみのご希望でも結構です)	
無 ・ 有 ⇒	・ 第1希望 (月 日 曜日)	・ 第2希望 (月 日 曜日)	
臨床診断および病歴、依頼事項			
鎮静（麻酔）希望 有 ・ 無		※希望有の場合、検査当日の運転は不可 ※高齢の方など、鎮静薬の使用を制限させていただきます場合があります	
服薬中内服薬			
出血傾向（有 ・ 無） 抗血栓薬（有 ・ 無）			
禁忌薬 ブスコパン ・ グルカゴン ・ その他 ()			
注意事項（アレルギー等）			

※FAXでの受付は、平日8：30～17：00迄です。時間外の申し込みにつきましては恐縮ですが、翌診療日の返信になりますのでご了承ください。

令和7年9月作成