

# 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下さい。)	
フリガナ	
氏 名	性 別 男 ・ 女
生 年 月 日 M・T・S・H・R	年 月 日 生 ( ) 歳
住 所	
T E L ( - - )	
※ 前回の受診の時と姓が変更になった方 旧姓 ( )	
ご希望日 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	
(麻酔希望 有 無 ※希望有の場合当日の運転は不可)	
服用中内服薬	
W-R ( - ・ + ・ 未 )	出血傾向 ( 有 ・ 無 )
HBsAg ( - ・ + ・ 未 )	抗凝固剤 ( 有 ・ 無 )
HCV ( - ・ + ・ 未 )	ブスコパン・グルカゴン・無し
禁忌薬	
注意事項 (アレルギー等)	

※現時点で感染症の検査をされていない場合は、内視鏡の検査当日に検査結果をご持参して頂くようお願いいたします。

※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願います。