

大宮中央総合病院 内視鏡センター

診療情報提供書【上部・下部内視鏡検査予約申込書】

FAX : 048-663-2533

受付時間 : 平日 9:00~16:30、土曜日 9:00~11:30 (日曜・祝日を除く)

※必要事項をご記入のうえ FAX送信をお願いいたします。

紹介先医療機関

医療法人ヘブロン会 大宮中央総合病院 内視鏡センター 担当医 宛
〒331-0814 埼玉県さいたま市北区東大成町 1-227

検査種別

☐ 上部消化管内視鏡 (経口) ☐ 上部消化管内視鏡 (経鼻) ☐ 下部消化管内視鏡

検査目的 (複数選択可)

☐ 検診異常 ☐ 便潜血陽性 ☐ 貧血 ☐ 腹痛 ☐ 胃痛 ☐ 胸やけ ☐ 食欲低下
☐ 体重減少 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 下血 ☐ スクリーニング ☐ その他 ()

基礎疾患 (複数選択可)

☐ なし ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 心疾患 ☐ 不整脈 ☐ 緑内障 ☐ 前立腺肥大症
☐ 透析 ☐ その他 ()

抗凝固薬・抗血小板薬

☐ なし ☐ あり 薬剤名 : _____

感染症

☐ なし ☐ HBV ☐ HCV ☐ HIV ☐ その他 ()

薬剤アレルギー

☐ なし ☐ あり ()

鎮静希望

☐ 希望あり ☐ 希望なし

患者情報

氏名 : _____

フリガナ : _____

生年月日 : T・S・H ____年 ____月 ____日

性別 : ☐ 男 ☐ 女

電話番号 : _____

当院受診歴 : 初診・再診 (ID : _____)

希望日時

第1希望 : ____月 ____日 (____) 第2希望 : ____月 ____日 (____) 第3希望 : ____月 ____日 (____)

☐ 9時 (上部消化管内視鏡 : 月~土曜) ☐ 14時 (下部消化管内視鏡 : 月~金曜)
☐ 15時 (下部消化管内視鏡 : 月~金曜) ☐ 10時 (下部消化管内視鏡 : 土曜)

【下部消化管内視鏡 前処置薬】受け取り日、時間 : ____月 ____日 (____) ____時頃
受け取りは月曜~金曜、検査日の2日前までとなります。

紹介元医療機関

医療機関名 : _____

担当医師名 : _____

TEL : _____

FAX : _____

備考