# 三菱京都病院予約センター 行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

ＦＡＸ：０７５-３８１-２１７３

上部消化管内視鏡検査予約申込書　兼　診療情報提供書

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男・女 | 紹介元医療機関名　住所 | |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 歳 |
| 住所　〒　　　　－ | | | | ご担当医 | ㊞ |
| TEL | － |
| TEL | － | | | FAX | － |

※本申込書は検査のみの予約となります。検査前に診察が必要な場合を除き診療予約はお取りできません。

※本申込書では自治体が実施している胃がん検査は申込みできません。

※紹介胃カメラは予約時間が９：３０検査（８：３０来院）のみとなります。

※結果は後日郵送いたします。

**検査希望日**※ご依頼日より一週間以降であれば、比較的ご希望に沿った予約がとれます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ 希望なし | 第１希望　　　　月　　　　日　（　　） | 第２希望　　　　月　　　　日（　　） |

**検査方法**

|  |  |
| --- | --- |
| □ 経口 |  |
| □ 経鼻　► | 抗血栓薬服用中の場合、一週間前からの休薬が必要です。休薬説明をお願いします。  休薬されていない場合、当日検査できない場合があります。 |
| □ 鎮静を希望　►　消化器内科の診察予約をとらせていただき、医師と直接検査日（別日）を決めていただきます。 | |

**検査目的・症状**

|  |
| --- |
| □ 腹痛　　□ 嘔気　　□ 胸やけ  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ フォローアップ（萎縮性胃炎、胃がん手術後、胃がん内視鏡治療後、潰瘍後等） |

**確認項目：基礎疾患・既往歴等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **アレルギーの有無**  □ キシロカインアレルギー　　□ アルコールアレルギー　　□ その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| □ 手術歴あり（　　　　　　　　　　　　　）　　　□ 心疾患あり（　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　□ 糖尿病あり（　　投薬　　・　注射　　　）　　　　□ 授乳中　**※経口カメラのみとなります。** | □ 甲状腺機能亢進症あり  □ 出血傾向あり  □ ペースメーカーあり | □ 緑内障あり  □ 前立腺肥大あり  □ 高血圧あり |
| □ その他（　　　　　　　　　 　　　　） | |
| **※妊娠中の方は検査できません。** | | |
| その他、医師に伝える特記事項あればご記入ください。 | | |

2023.10.1