

# 内視鏡検査申込書（兼診療情報提供書）

診療情報料算定の有無（する・しない）

申込先：函館市医師会病院

申込日 年 月 日

連携室直通 TEL (0138)43-4876

氏名	様 M・T・S・H・R	年	月	日生	才	男・女
依頼病医院・医師						印
依頼検査 (○をおつけください)	1. 上部内視鏡検査 (GF) 2. 下部内視鏡検査 (CF)					
検査日時	年	月	日	AM・PM	時	分
内視鏡検査歴	上部 (GF) : 有・無 ・ 下部 (CF) : 有・無					
抗血栓薬内服 (他院も含め)	無 ・ 有 ( )					
感染症	HB <sub>s</sub> Ag +・-・未	HCV +・-・未	ワ氏反応 +・-・未			
合併症	緑内障 有・無・不明	前立腺肥大 有・無・不明	心疾患 有・無・不明			高血圧 有・無・不明
既往歴（特に手術歴）						
病歴・検査目的						
1. 予約申込は直接連携室に電話して下さい。 2. 電話予約後、この内視鏡検査申込書と処方内容(別紙可)、保険情報を連携室にFAXして下さい。 3. 当日、申込書の1枚目を患者さんに持参させ、2枚目を依頼者控として下さい。 4. 上部内視鏡：検査時間の30分前までに受付をして下さい。 5. 鎮静を希望されるときは、自動車、バイク、自転車での来院(運転)は御遠慮下さい。 6. 検査中止または延期等は速やかにその旨を御連絡願います。						