

内視鏡検査のご予約を希望の方は、下記フォームに必要事項を入力し FAXで送信して下さい

尾原病院 地域医療連携室 宛 FAX 078 - 743 - 6680

診察券ID: _____ (当院の診察券をお持ちの方のみ)

氏名	フリガナ	性別
		男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年齢 歳
住所	〒 -	
連絡先	自宅TEL () - 携帯番号 () - ※電話番号は、日中ご連絡がとれる番号をご記入下さい	
内視鏡希望日	第1希望 年 月 日 ()	※月・火・金・土より
	第2希望 年 月 日 ()	お選び下さい
	第3希望 年 月 日 ()	
<input type="checkbox"/> 女性医師希望 (月・火のみ対応可能)	※大腸カメラ(下部消化管内視鏡)検査は、診察日の希望日を記入して下さい	
希望検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(上部消化管内視鏡)検査 <input type="checkbox"/> 大腸カメラ(下部消化管内視鏡)検査	
結果説明	<input type="checkbox"/> 当院にて行う <input type="checkbox"/> 紹介元にて行う	
● 内視鏡検査を受ける理由 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> チェックマークを入れて下さい)		
<input type="checkbox"/> 大腸・胃・十二指腸についての症状がある (<input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 腹部のしこり <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> その他)		
<input type="checkbox"/> 大腸・胃・十二指腸についての病気がある (<input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 大腸ポリープ <input type="checkbox"/> 大腸憩室症 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> その他)		
<input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された (<input type="checkbox"/> バリウムレントゲン検査 <input type="checkbox"/> 便潜血検査 <input type="checkbox"/> ペプシノーゲン検査 <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 <input type="checkbox"/> その他)		
<input type="checkbox"/> 医師に内視鏡検査を勧められた		
<input type="checkbox"/> その他		
● 現在服用されているお薬をご記入下さい		

※FAX到着後、地域医療連携室よりご連絡させていただきます

診療情報提供書は、検査前日までにFAX送信お願いいたします

医療法人社団 つかさ会 尾原病院