

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 お選び下さい
	第2希望 年 月 日 ()	
	□ 女性医師希望 (月・火のみ対応可能) 第3希望 年 月 日 ()	※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	□ 胃カメラ(上部消化管内視鏡)検査 □ 大腸カメラ(下部消化管内視鏡)検査	
結果説明	□ 当院にて行う □ 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)		
□ 大腸・胃・十二指腸についての症状がある (□血便 □腹部のしこり □下痢 □便秘 □腹痛 □吐き気 □胸やけ □その他)		
□ 大腸・胃・十二指腸についての病気がある (□大腸癌 □大腸ポリープ □大腸憩室症 □潰瘍性大腸炎 □痔 □食道癌 □逆流性食道炎 □胃癌 □胃潰瘍 □胃炎 □胃ポリープ □十二指腸潰瘍 □その他)		
□ 健診で異常を指摘された (□バリウムレントゲン検査 □便潜血検査 □ペプシノーゲン検査 □ピロリ菌検査 □その他)		
□ 医師に内視鏡検査を勧められた		
□ 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