

胃内視鏡（ 経口 ・ 経鼻 ） 申込書 兼診療情報提供書

経口又は経鼻に○印をおつけ下さい。

年 月 日

コープおおさか病院
院長 西上 喜房 殿

貴院名 _____
 医師名 _____
 貴院住所 _____
 TEL: _____ FAX: _____

フリガナ		男・女	生年月日	M・T・S・H
患者名				年 月 日
住所			電話番号	()

保険情報は証等のコピーでも構いません。

保険者番号				公費負担者番号								
記号・番号				受給者番号								
区 分	国保・社保・後期高齢・他	本人・家族		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割							
予約希望日	第1希望日	月 日 ()	第2希望日	月 日 ()	() 希望日なし							
○現在治療中の病名												
○検査目的												
○留意事項												
○鎮静を希望されますか する しない												
○抗凝固剤の服用は あり (薬剤名) なし												
○当院での内視鏡検査の有無 (有 ・ 無)												

(検査結果・所見の送付について)

所見・結果についての返送方法について、下記にチェックをおつけ下さい。

検査診断結果（所見結果）を送付して欲しい。

検査画像を動画（CD）にて送付してほしい。

その他

* 同意書について

胃内視鏡についての説明、及び患者さまの同意については、ご依頼いただく先生にお願いしています。
 この「申込書と同時に「同意書が添付されていますので、患者様のサインを頂き
 「申込書」と一緒にご送付下さい。

(予約の流れ)

- ①本予約表に記入の上、FAXで申し込んで下さい。確認のために電話をいただければ幸いです。
FAX 06-6914-1136 ☎ 06-6914-1126
- ②地域連携室から予約表を送付（FAX）いたします。
 30分以内に送付できるようにしています。30分経過して送付がない場合、ご連絡下さい。夜間、土曜日の午後、日祭日は翌営業日となります。
- ③予約表、情報提供書（原本）を患者様にお渡しいただき、当日予約時間に総合受付（回転ドア入口正面）においでいただくようお願い下さい。

○医療保険証等は当日ご持参いただくよう患者様にお伝え下さい。