

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	年	月	日生	才	男・女
依頼病医院・医師							㊞
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 _s 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							
<ol style="list-style-type: none">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. 鎮静を希望される場合は、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。							