

上部内視鏡予約申込書 (医療機関専用)

予約専用FAX番号 : 0743-77-0902

近畿大学奈良病院

申込日

年 月 日

患者支援センター 行

TEL (0743) 77-0880



「紹介元医療機関」

名称

所在地

TEL

FAX

医師名

担当者

診療科 :

内視鏡部

希望医師 :

水野成人 教授

受診希望	第1希望日	年	月	日	月	曜日	午前	時頃	
	第2希望日	年	月	日	月	曜日	午前	時頃	
上記以外の受診希望	緊急 <input type="checkbox"/>	1w以内 <input type="checkbox"/>	2w以内 <input type="checkbox"/>	1ヵ月以内 <input type="checkbox"/>					
都合の悪い日時									
フリガナ				性別	生年月日				
患者氏名				男・女	大・昭 平・令	年	月	日	歳
健康保険証	記号	番号	公費						
自己負担割合	1割 <input type="checkbox"/>	2割 <input type="checkbox"/>	3割 <input type="checkbox"/>	当院受診歴	有・無	当院ID			
患者住所	〒 -								
連絡先	TEL	携帯							
患者状態	歩行可 <input type="checkbox"/>	車いす <input type="checkbox"/>	ストレッチャー <input type="checkbox"/>	退院後受診 (退院日) <input type="checkbox"/>				
貴院での状況	貴院で待機中 <input type="checkbox"/>	院外 <input type="checkbox"/>	入院中 <input type="checkbox"/>	日本語対応	可 <input type="checkbox"/>	不可 <input type="checkbox"/>			

主訴・傷病名		
受診・検査目的		処方
問診欄 (必ずご記入をお願いします)		
・抗凝固薬、抗血小板薬の服用 (あり・なし)		
・心疾患 (あり・なし) ・前立腺肥大症 (あり・なし)		
・ペースメーカー (あり・なし) ・アレルギー (あり・なし)		
・緑内障 (あり・なし) ・キシロカインアレルギー (あり・なし)		
・糖尿病 (あり・なし) ・内視鏡検査歴 (あり・なし)		

※診療情報提供書添付の場合、受診・検査目的は空白でも構いません。