

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) ・内視鏡検査薬 (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。