りんくう総合医療センター　予約申込書（内視鏡検査）

送信先：りんくう総合医療センター
地域医療連携室
TEL　０７２－４６９－７８３５
FAX　０７２－４６９－７９３１

紹介医療機関・医師名・電話・FAX

当院記入欄

患者様情報	りんくう総合医療センター 受診歴　有・無	診察券番号（ＩＤ番号）（　　）		CD-R 画像による情報提供　有・無	
	フリガナ		性別	旧姓で受診歴有の場合の氏名（　　）	
	患者氏名		男・女		
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日生　（　　歳）			
	住　所			TEL	
	保険者番号		公費負担番号		
	記号・番号		公費受給者番号		
	区　分	本人・家族	負担割合　　割	受診状況	（貴院に）入院中・通院中
受診の内容	主訴 又は 病名				
	希望検査項目	① 上部内視鏡（胃カメラ）			
	鎮静の有無	□ 鎮静なし □ 鎮静あり **※鎮静ありの場合、予約の待機日数や検査の実施時間が長くなる場合があります。** （検査終了後は、車・バイク・自転車の運転は不可です。詳しくは別紙説明書をご確認ください。）			
	検査結果	**◆原則、検査結果は翌診療日には検査所見を送付いたします。** 結果説明及び治療方針決定は貴院で対応をお願いいたします。 病理検査を実施した場合は、１週間程度で追って結果をご報告いたします。 ※検査の結果、内視鏡担当医が早急に専門科受診が望ましいと判断した場合には、貴院に確認の連絡をさせていただいた上で、当院の専門診療科にて対応させていただきます。 もしも、貴院に連絡がつかない場合には、事後報告になることもあります。ご了承ください。			
	受診希望日 （〇で囲んでください	・２週間以内　・３週間以内　・４週間以内 〔　　〕			
	来院方法 （必ずご記入下さい）	（いずれか〇で囲んで下さい） 独歩可能・車イス・搬送車・救急車　その他（点滴・酸素・吸引）			

注　紹介状は、別途必要ですので初診時に患者様がご持参下さい