

# 上部内視鏡検査 申込書

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 登別病院

依頼医療機関

JCHO（ジェイコー）登別病院

名 称

地域医療連携室 行き

〒

〒059-0598

所在地

登別市登別東町3丁目10番地22

直通TEL 0143-80-1119

TEL ( ) —

直通FAX 0143-80-1121

FAX ( ) —

JCHO登別病院の受診歴		有 ( ) 年頃 ) ・ 無	
フリガナ		男・女	住 所
患者氏名			〒
生年月日	年 月 日 ( ) 歳	電話番号	自 宅 —
			連絡先 —

保険情報について下記へご記入ください。または、保険証等のコピーをファックスしてください。

保険者番号	記号番号	本人 ・ 家族
後期高齢者保険者番号	被保険者番号	1割 ・ 3割
公費負担者番号	受給者番号	

《 傷 病 名 および 依 頼 事 項 》

検査項目	<input type="checkbox"/> 経口内視鏡 <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡
鎮静	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
抗血栓薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1剤 <input type="checkbox"/> 2剤 <input type="checkbox"/> 3剤
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
予約希望日	<input type="checkbox"/> いつでも良い ① 年 月 日 ② 年 月 日 ＊予約可能日は月曜日・火曜日・木曜日の午前中です。
患者様の状態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー

## 【予約方法など】

- ・地域連携室に申込書をFAXしてください。調整後、受診予約票などをFAX致します。
- ・連絡がない場合は、誠に恐縮ですがご一報いただければ幸いです。
- ・検査同意（鎮静含む）は当日の検査前に行います。
- ・休診日：土・日・祝日・年末年始（12/29～1/3）