

上部内視鏡検査依頼書 (診療情報提供書)

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構

神戸医療センター
担当医 先生

紹介元医療機関名及び所在地：

予 約 令和 年 月 日 ()
希望日

担当医師名：		印
電話番号：	()	-
F A X 番号：	()	-

フリガナ		旧姓		性別	生年月日
患者氏名		受診歴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日 歳

住 所 〒 -

自 宅 () - 連絡先 () -

主 保 険	保険者番号	<input type="checkbox"/> 1.本人	併 用 保 険	負担者番号
	記号	<input type="checkbox"/> 2.家族		受給者番号
	番号	番号		

診 断 名 主 訴

検査目的 (臨床診断、現病歴、病状など)

別紙参照

以下の項目にチェックを入れてください。

※記載がない場合は、確認の連絡をさせていただきますのでご了承ください。

★ 鎮静剤をご希望ですか？

はい いいえ

鎮静剤ご希望の方は、下記の質問にお答えください。

1. 「内視鏡検査時の鎮静剤投与の説明・同意書」を用いて患者様に鎮静剤投与についてご説明
いただき、説明医師名欄にご記名いただきましたか？

はい いいえ (記載がない場合、いいえの場合は鎮静剤の使用ができません)

2. 自動車・バイク・自転車など、検査当日には運転できないことを説明していますか？

はい いいえ (記載がない場合、いいえの場合は鎮静剤の使用ができません)

〒654-0155 兵庫県神戸市須磨区西落合3-1-1

独立行政法人国立病院機構

神戸医療センター 地域医療連携室 FAX：(078)795-6591

予約受付時間：平日 8:30~19:00