

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： | |
| 担当医師名： | 印 |
| 電話番号： | () - |
| FAX番号： | () - |

| | |
|-----------|--------------|
| 予約 希望日 | 令和 年 月 日 () |
|-----------|--------------|

| | | | | | |
|------|--|-----|--|--|--|
| 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 <input type="checkbox"/> 2.家族 | 併 用 保 険 | 負担者番号 |
| | 記号 | 番号 | | 受給者番号 |

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