

## 上部消化管内視鏡検査 予約申込書兼診療情報提供書

FAX送信先：078-795-6591 (地域医療連携室)

申込日 年 月 日

紹介元医療機関名			
紹介元所在地	〒 -		
電話・FAX番号	電話番号	FAX番号	
依頼医御氏名			

ふりがな				<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
患者氏名			(旧姓)	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
住所	( )			年	月	日	( ) 歳
電話番号	-	-	携帯電話	-	-		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	※受診歴有の場合 神戸医療センター診察券番号 ( )				
保険番号	保険者番号		記号・番号		本人・家族の別		
					<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	
公費	保険者番号		記号・番号		老人保険の負担割合		
					<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割
希望日	第一希望日	月	日	第二希望日	月	日	
※来院の際、紹介状・保険証原本(またはマイナンバーカード)をお持ち頂きますよう、患者様へお伝え下さい。							

## 上部消化管内視鏡検査 事前確認事項

診断名	<input type="checkbox"/> 入院中 ← 紹介元医療機関に入院中の場合はチェックを入れてください。						
紹介内容	(①主訴 ②既往歴 ③家族歴 ④病歴 ⑤症状 ⑥検査所見 ⑦治療経過 ⑧現在の処方 ⑨その他)						
<input type="checkbox"/> 別紙参照 ※ご記入いただくか貴院様式の紹介状の添付をお願いいたします							
★鎮静剤	鎮静剤使用希望 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) ※鎮静剤を使用する場合、検査当日、お車・バイク・自転車の運転ができないことを患者様にご説明ください						
神戸医療センターへの連絡事項等							

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 TEL：078-795-6584  
予約受付時間は平日 月～金 8:30～19:00です。これ以降のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。  
FAXは24時間受付しておりますが、業務時間外のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。