

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。