

# 上部消化管内視鏡検査 予約申込書兼診療情報提供書

申込日 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

地域医療連携室 宛

〒654-0155 神戸市須磨区西落合3-1-1

FAX送付先：078-795-6591

紹介元医療機関名	
住 所	〒
電 話 番 号	( ) -
F A X 番 号	( ) -
診療科・医師名	

### ■ 患者様情報

患者氏名	フリガナ	神戸医療センター 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID: )
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 旧姓 ( )		<input type="checkbox"/> 無
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( 歳)		
住 所	〒 ※旧姓・旧住所の確認のため、貴院へご連絡させていただく場合がございます。ご了承ください。		
電 話	自宅： ( ) -	携帯： - -	
希 望 日	第一希望 月 日	第二希望 月 日	
※来院の際、紹介状・マイナンバーカード(または資格証明書)をお持ちいただきますよう、患者様へお伝えください。			

### 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、検査当日はお車・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	

予約お問い合わせ先：神戸医療センター 地域医療連携室直通 TEL (078) 795-6584