

内視鏡センター専用 診療(検査)依頼書

☐ 緊急受診 ☐ 後日受診 ☐ 最短日受診 ☐ 検査 ☐ 外来 ☐ 入院

※直近で難しい日や曜日があれば下記にご記入ください

() 【内視鏡センター営業日：平日 月～金曜日(土・日・祝除く)】

医療法人河内友誼会
河内総合病院

〒578-0954

大阪府東大阪市横枕1番31号

TEL：072-966-2281(地域医療連携室直通)

FAX：072-966-2282(地域医療連携室直通)

※希望担当医師がいる場合のみご記入ください

(ご希望に添えない場合もございます)

医 師

依頼者	医療機関名			
	住 所	〒 -		
	医 師 名			
	電話番号		FAX番号	

患者情報	フリガナ			性別	☐ 男性	妊娠の有無
	氏名				☐ 女性	☐ 有 ☐ 無
	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	() 歳
	住 所	〒 - 自宅電話番号: 携帯番号:				

診療情報	傷 病 名					
	病状経過 及び 検査結果など	別紙参照(診療情報提供書) ☐ あり ☐ なし				
	各種添付データ (貴院ご用意分)	☐ 血液結果	☐ 心電図	☐ 超音波	☐ 内視鏡	☐ X線 ☐ CT ☐ MRI ☐ その他 ()

予約	希 望 日	第一希望	月	日	曜日	☐ 午前 ☐ 午後
		第二希望	月	日	曜日	☐ 午前 ☐ 午後

ご希望内容	☐ 胃カメラ (予約日当日に検査施行可能) ★条件：検査日当日は絶食 ※胃カメラに関しては「検査のみ」の対応も可能です。
	以下の項目に関しては初回予約診療日には対応しておりません。 当院の担当医より初回診療後に、後日予約調整をいたします。 ☐ 内視鏡 ☐ 大腸カメラ ☐ 胃カメラ + 大腸カメラ (同時施行) ☐ EMR (内視鏡的粘膜切除術) ☐ ESD (内視鏡的粘膜下層剥離術)

地域医療連携室による紹介予約対応時間は月曜日から土曜日の午前9時から午後5時までとなっております。

なお、時間外(午後5時以降)や日・祝日はFAXを送りいただければ休日明けにご連絡いたします。