病院提出用

依頼日:
西暦　　年　　月　　日

内視鏡センター専用　診療(検査)依頼書

□ **緊急受診**　□ **後日受診**　　□ **検査**　□ **外来**　□ **入院**

医療法人　友紘会
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

ご依頼者	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	〒　　－			
	電話番号	自宅:　　携帯番号:　　続柄(　　)			
	現　状	認知症: □ あり □ なし **※【 あり 】の場合は、ご家族様などのお付き添いをお願い致します。**			
		ADL: □ 独歩 □ 車椅子 □ ストレッチャー □ その他(　　)			
	その他特記事項 (フリーコメント)				

診療情報	傷 病 名	
	病状経過 及び 検査結果など	別紙参照(貴院　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 (　　)
ご希望内容	□ 内視鏡	**【 下記の各スクリーニング検査に関して 】 ★同一日で診察・内視鏡検査が可能です。** 午前受診の場合、前日の20時までに食事(消化の良いもの)を済ませ、飲酒は厳禁とします。 また、大腸カメラ (胃+大腸含む)の 同日施行希望者に限り、下剤投与を鑑み、 診療は9時～11時台のみとします。 医師の判断で午後から内視鏡検査を施行します。 ※胃カメラに関して … 午後受診の場合は、朝食(軽食)は朝7時までに済ませて下さい。 ●同日検査希望 □ あり □ なし　●鎮静(麻酔)希望 □ あり □ なし ※「あり」の場合は必ず公共交通機関でご来院下さい。自家用車・自転車等での来院不可です。 □ 胃カメラ □ 大腸カメラ □ 胃 + 大腸カメラ (同時施行) □ EMR □ ESD

予約日	希 望 日	第1希望	月	日	曜日	備考欄
		第2希望	月	日	曜日	
		第3希望	月	日	曜日	

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。