

♥ 患者様基本情報 ♥

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		電話番号	()
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
住所	(〒)		
当院での受診歴の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ID番号		
患者様の病名・主症状 ※必ずご記入願います			
貴医療機関名 住所 貴医師名			現在、貴院に 通院中 ・ 入院中 (該当する方に○印をお願いします)
電話番号	FAX番号		

♥ 検査依頼項目選択 ♥

下記、心疾患スクリーニングセット・消化器内視鏡検査にご記入願います。
(検査希望の際は1検査ごとに一枚ずつ依頼書が必要となります)

心疾患スクリーニングセット検査のご依頼 ※予約は希望日前日までをお願いします。

検査希望日時 (月・金15時のみ)	第1希望日 月 日 曜日	第2希望日 月 日 曜日	*検査依頼時は必ず診療情報提供書を FAXお願いいたします。
検査結果については、検査終了日から1週間以内に郵送いたします。 心エコー、血圧脈波検査、マスターダブル負荷ECG、24時間ホルターECGを当日まとめて施行します。(約1時間) 検査依頼はセット検査のみですので、ご了承下さい。			

消化器内視鏡検査のご依頼※予約は希望日前日までをお願いします。内視鏡検査のみのご予約となります。

検査依頼項目	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査
検査希望日 (月火木金のみ)	第1希望日 月 日 曜日	第2希望日 月 日 曜日
<input type="checkbox"/> 心疾患 有 無 不明	<input type="checkbox"/> 緑内障 有 無 不明	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大 有 無 不明
<input type="checkbox"/> 薬剤過敏 有 無 不明	<input type="checkbox"/> 抗凝固剤、抗血小板剤投与 有 無 不明 (中止日 年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 感染症	HBs抗原 (+ -)	HCV抗体 (+ -) 梅毒 (+ -)
*1. 現在処方中の内服薬・感染症結果等の必要事項は必ず検査当日にお持ち頂く紹介状にご記入願います。 *2. 下部消化管内視鏡検査を予約される場合は、貴院にてプルゼニド3錠を患者様へ処方して頂きますようお願いいたします。		
検査結果について	① 検査の結果は、当日に内視鏡室受付にて報告書を患者様にお渡し致します。 ② 組織検査実施の場合、病理結果を考慮し当院での内視鏡検討会後に最終報告書を作成し検査後10日から14日までに郵送致します。	

連絡事項等