

# 岡山大学病院消化器内科 上部消化管内視鏡検査申込書

FAX番号 086-221-5132(光学医療診療部宛)

|             |   |   |  |  |  |       |      |
|-------------|---|---|--|--|--|-------|------|
| 貴施設<br>住所   | 〒 | — |  |  |  | 病院・医院 | 科    |
| 医師名<br>FAX: |   |   |  |  |  | 先生    | TEL: |

|   |   |   |   |    |  |       |          |
|---|---|---|---|----|--|-------|----------|
| 内視鏡検査予約御希望日   |   |   |   |    |  |       |          |
| 第一希望  | 年 | 月 | 日 | 曜日 |  | 当院受診歴 | (有・無・不明) |
| 第二希望  | 年 | 月 | 日 | 曜日 |  |       |          |
| 第三希望  | 年 | 月 | 日 | 曜日 |  |       |          |
| 予約検査日は月～金 午前9, 10, 11時です。<br>必ず第三希望までご記入お願いいたします。<br>翌日の検査予約については前日午後3時までをお願いいたします。 |   |   |   |    |  |       |          |

|                |         |   |    |   |  |  |  |
|----------------|---------|---|----|---|--|--|--|
| 患者さんのお名前(カタカナ) |         |   |    |   |  |  |  |
| 姓              |         |   | 名  |   |  |  |  |
| 性別 (男・女)       |         |   |    |   |  |  |  |
| 生年月日           | 明・大・昭・平 | 年 | 月  | 日 |  |  |  |
| 当院受診歴          | 有り      | ・ | 無し |   |  |  |  |

|         |
|---------|
| 主訴・検査目的 |
|---------|

## 医療関係者各位

- (1)このFAX申込書により検査予約を受付けます。
- (2)本申込書をFAX送信していただければ、できるだけすみやかにFAXで「予約票」を返信いたしますので患者さんにもお渡しく下さい(当日持参していただきます)。予約票が届かないなど不都合がございましたら光学医療診療部(下記)までご連絡ください。
- (3)降圧剤を内服中の方は検査当日早朝起床時に内服していただくようご指示お願い申し上げます。
- (4)抗凝固剤を内服中の方で休薬可能な方はその旨、ご指示お願い申し上げます。
- (5)なお、大腸内視鏡検査についてはFAXでの予約はまだ対応できておりませんのでその旨ご了承のほどお願い申し上げます。

## 問い合わせ先

岡山大学病院 光学医療診療部

直通 086-235-7670