

紹介状・診療情報提供書(予約申込書)

平成 年 月 日

送信先FAX番号 0827-32-3656

(受付時間 9:00~18:00)

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター 地域医療連携室
〒740-8510
山口県岩国市黒磯町2丁目5番1号
電話0827-31-3704(内線2340)

<依頼医療機関>

住所
名称
医師氏名
TEL
FAX

ふりがな		住	〒 -	
氏名	様 男・女	所		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (満 歳)	TEL	()	-
NHO岩国医療センター 受診歴 有 (ID番号 - -) ・ 無				
保険者番号		公費	負担者番号	
			受給者番号	
記号・番号			負担者番号	
			受給者番号	
区分	本人 ・ 家族	公費負担割合	割	

紹介目的		1. 診療 2. 検査 3. その他()																			
内	精	神	呼	小	外	整	脳	呼	心	小	皮	泌	産	婦	眼	耳	形	放			
科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科

() 科 指定医<ご希望があれば記入してください> () 医師	検査名	内視鏡 → 胃・大腸内視鏡検査用予約申込書をご利用ください。
		心エコー → 所見(当日持ち帰り・後日郵送)

希望日	1. 平成 年 月 日(曜日) 時頃
	2. 平成 年 月 日(曜日) 時頃
	3. いつでもよい

CT	部位 () 造影剤 <u>有</u> ・ 無 ↓ ※造影有のMRI、CTの際はご記入下さい。 血清クレアチニン値 _____ mg/dl (検査日: 月 日)
MRI	
RI	
一般撮影	
撮影フィルム《○をつけて下さい》 当日持ち帰り CD or フィルム 後日郵送 CD or フィルム	

上記診療科の予約時間帯は原則9:30~11:00となっております。
特別な診療については、連携室だよりの外来診療案内をご参考ください。

主訴又は疾病名	
既往歴 及び家族歴	
病状経過 治療経過 現在の処方 患者の状態等	
要望事項 留意事項等	

胃・大腸内視鏡検査用 紹介状(予約申込書)

平成 年 月 日

送信先FAX番号 0827-32-3656

(受付時間 9:00~18:00)

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター 地域医療連携室
〒740-8510

山口県岩国市黒磯町2丁目5番1号

電話0827-31-3704(内線2340)

<依頼医療機関>

住所

名称

医師氏名

TEL

FAX

フリガナ		住 所	〒 -	
患者氏名	様 男・女			
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (満 歳)	TEL () -		
NHO岩国医療センター 受診歴 有(ID番号 - -) ・ 無				
保険者番号		公費	負担者番号	
			受給者番号	
記号・番号			負担者番号	
			受給者番号	
区分	本人 ・ 家族		公費 負担割合	割
検査名	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 (経鼻内視鏡 希望する ・ 希望しない) <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査			
検査目的 (主訴)				
抗凝固薬 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※抗凝固剤内服中の患者様も内視鏡は可能ですが、観察のみで生検は出来ません。			
基礎疾患 の有無	<input type="checkbox"/> 心疾患(不整脈) <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障			
鎮静希望 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※鎮静希望の方は当日の車の運転はできません。			
検査希望日	<第一希望> 平成 年 月 日			
	<第二希望> 平成 年 月 日			

※当院使用の説明書・同意書をあらかじめ配布して頂き、同意書にサインの上、持参して頂きます。

※大腸の場合、当院内視鏡センターで下剤をかけるので、午前8時30分に内視鏡センター
まで来院して頂きますようご指導下さい。