

名古屋市立大学病院 内視鏡検査（胃カメラ） 予約申込票

FAX: 052-858-7130 TEL: 052-858-7131
 お申し込み受付時間: 平日 8:30~19:00 土曜日: 8:30~12:30

令和 年 月 日

紹介元医療機関名
 所在地
 担当医
 電話番号
 FAX番号

予約日の日程調整は、名市大が
 患者さんで行う
 医療機関で行う
 いずれかに✓をお願いします

注意

- ・抗血栓薬を服薬中の患者さん、ご高齢の患者さんは、まずは診察をご予約ください。
- ・胃カメラ検査は月曜日から金曜日まで（祝日除く）の午前11時からです。
当日は胃カメラ検査の前に感染症検査を行いますので、午前9時30分にご来院ください。
- ・当院ホームページに「上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）に関する説明と同意書」を掲載しておりますので、お手数ですが、印刷して患者さんにお渡しください。
 （掲載ページアドレス：<http://w3hosp.med.nagoya-cu.ac.jp/for-medical/mr/index.html>）

| | |
|--|--|
| 1. 希望機種: <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 | |
| 2. 傷病名: | |
| 3. 検査目的: | |
| 抗血栓薬→ <input type="checkbox"/> 服用していません（チェックを記入） | |
| 診療希望日時 | 第1希望: 令和 年 月 日 () 11時 第2希望: 令和 年 月 日 () 11時 |
| 患者さん | 氏名等 フリガナ () 貴院のID () 氏名: 様 (旧姓:) 性別 男・女 |
| | 生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳) |
| | 電話 (日中に必ず連絡がつく番号を記入してください) - - |
| | 住所 〒 - |
| | 外国籍の方 日本の公的医療保険: <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入の方は医療ツーリズムを通してご受診ください 日本語: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 | 当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり (ID No.) <input type="checkbox"/> なし |

*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

| | | | | | | |
|----------|------|--|-------|--|--------------|--|
| ID No.) | 予約登録 | | 予約票送付 | | 紹介患者登録・アクセス権 | |
|----------|------|--|-------|--|--------------|--|