

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  
 患者さんを行う  
 医療機関を行う  
 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、鎮静下（セデーション）内視鏡を希望される患者さんは、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。
- 検査結果は、検査実施後3日程度で紹介元医療機関へ郵送いたします。
- 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: <https://w3hosp.med.nagoya-cu.ac.jp/for-medical/kyodou/>）

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 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) 自宅 - - 携帯 - -
	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	
------------	------	--	-------	--	--------------	--