

名古屋市立大学医学部附属 みどり市民病院
上部消化管内視鏡検査予約申込票 (共同利用)

地域医療連携センター行  052-892-1315  052-892-1334

検査希望日の 2 診療日前まで (月曜の場合は前週木曜まで)

申込み受付時間 平日 8:45~17:00 土曜日 9:00~13:00

申込日 令和 年 月 日

医療機関名		
所在地	〒	
担当医		
電話番号	—	—
FAX 番号	—	—

注意点

診療情報提供書が別途必要です。

●抗血栓薬内服中及び鎮静希望の患者さまは、診察を
ご予約ください

●上部消化管内視鏡検査は月曜～金曜(祝日を除く)の
午前中です

●ご予約後に「上部消化管内視鏡検査に関する説明と
同意書」を FAX しますので、患者さんに説明と同意
のサインをいただいでください。

●5 日程度でレポートを申込医療機関へ郵送します。

●生検した場合は2週間後に当院の消化器内科を受診
します。申込医療機関へは診療情報報告書を郵送し
ます。

1. 希望機種	☐ 経口 ☐ 経鼻
2. 傷病名	()
3. 検査目的	()
4. 抗血栓薬	☐ 服用していない ☐ 服用中 (薬剤名:)

希望日時	第 1 希望	令和 年 月 日 時	予約の空き状況により希望に添えない場合 がございます あらかじめご了承ください
	第 2 希望	令和 年 月 日 時	

フリガナ 患者氏名		男 女	生年 月日	大 昭 年 月 日 平 令 (歳)
住所	〒 -	TEL	*日中に連絡がつく番号をご記入ください	
			自宅 - -	携帯 - -
受診状況	貴院には	☐ 通院中 ☐ 入院中	(貴院 ID;)	
	当院には	☐ 受診歴あり (当院 ID;) ☐ 受診歴なし		
外国籍	日本の公的医療保険	☐ 加入	*未加入の方は医療ツーリズムを通して受診してください	
	日本語	☐ 可 ☐ 不可 (使用言語)		