

検 査 ・ 入 院 予 約 申 込 書 (FAX 086-485-3515)

令和 年 月 日

医療法人天馬会

チクバ外科・胃腸科・肛門科病院

地域医療連携室宛

紹介医療機関の名称・所在地

※TEL・FAX 及び担当者を必ずご記入下さい。

予約内容

■ 検査予約 □EGD □CS □CT

■ 入院予約 □検査 □肛門手術

指名医 なし ・ あり(DR)

予約日 年 月 日()

予約時間 午前 午後 時 分

CS 予約の場合、前処置の方法を教えてください

□ 当院の方法

□ 以外の方法 ()

フリガナ 患者氏名					様	男・女
住 所					TEL ()	—
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 生 () 歳					
保険情報 ※保険証のコピーでも結構です	被保険証		老人医療受給者証			
	保 険 者 番 号		市 町 村 番 号			
	記 号 ・ 番 号		受 給 者 番 号			
	有 効 期 限		有 効 期 限			
	被 保 険 者 氏 名		公費負担医療受給者票			
	被 保 険 と の 続 柄		負 担 者 番 号			
	※来院当日は保険証の原本を持参して頂くようお願い致します		受 給 者 番 号		有 効 期 限	負担率
服用中のくすり 主な症状	・あり 服用中のお薬がある場合は処方箋を一緒にお送りください。 ・なし 抗凝固剤については休薬の有無をお知らせください。 抗凝固剤()日前から休薬可能 主な病状()既往歴(高血圧、糖尿病、心疾患 他)					

【お願い】

- ★ 紹介状は、患者さんが直接ご持参いただきますようお願いいたします
- ★ 当院は、鎮静剤を使用して内視鏡検査を行っています。内視鏡検査予約の患者さんは、ご家族等による送迎や公共交通機関をご利用いただきご来院されますようお願いいたします。(ご自分での車の運転は控えていただきます)
- ★ 入院予約の方は9時まで、検査予約の方は、予約時間の30分前にご来院されますようお願いいたします。