

年 月 日

大阪医科薬科大学病院

上部消化器内視鏡オープン検査予約申込書 兼 診療情報提供書

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日生 (才)
住所	〒		
電話	(自宅)	(携帯)	
大阪医科薬科大学病院受診歴	無・有 →「有」の場合 () 科 ID番号 ()		

検査希望日	第1希望 年 月 日()	第2希望 年 月 日()
-------	---------------	---------------

病名	
検査理由	(簡単で結構です 例:スクリーニング 心窩部痛 など)
問診	<ul style="list-style-type: none"> ➢ <input type="checkbox"/>経鼻 <input type="checkbox"/>経口 <input type="checkbox"/>どちらでもよい ➢ 鎮静希望 (無・有) (「有」の場合は運転しての来院はご遠慮ください。) *経鼻の場合は鎮静剤は使用しません。 ➢ 抗血栓薬の服用 (無・有) (薬品名:) *抗血栓薬を服用している方は、検査施行医の判断で生検できない場合があります。

保険情報	保険者番号		公費負担者番号	
	記号・番号		公費受給者番号	
	続柄	本人・家族	公費負担割合	1割・2割・3割

医療機関名	
住所	
電話番号	
FAX番号	
ご担当者	

申込先 FAX 072-684-6339

予約受付時間 平日 8:30~20:00 第1・3・5土曜日 8:30~12:00

大阪医科薬科大学病院

広域医療連携センター医療連携室

電話 072-684-6338