

上部内視鏡予約申込書

FAX (0743)77-0902

平成 年 月 日

近畿大学奈良病院

患者支援センター 行

TEL (0743)77-0880 内線2050

●検査第1希望日 平成 年 月 日 火曜日 午前 時頃

●検査第2希望日 平成 年 月 日 火曜日 午前 時頃

紹介元医療機関名

住所

電話

FAX

●検査目的

●問診欄 (必ずご記入をお願いします)

- ・抗凝固薬、抗血小板薬の服用 (有・無) → 服用されている場合は、内容を下欄にご記入ください
- ・心疾患 (有・無) (内容により、生検組織検査ができないことがあります)
- ・ペースメーカー (有・無)
- ・緑内障 (有・無)
- ・糖尿病 (有・無)
- ・前立腺肥大症 (有・無)
- ・アレルギー (有・無)
- ・キシロカインアレルギー (有・無)
- ・内視鏡検査歴 (有・無)

--

フリガナ	受診歴 有 無	診察券 IDNo
氏名	男 ・ 女 様	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ()歳
世帯主 又は 被保険者		フリガナ 氏名
		続柄 本人・家族
現住所 〒		TEL () -
		連絡先 () -

健康保険証

保 険 者									
記号					番号				

公 費									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

割 負担

後期高齢者

保 険 者									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* 前期高齢者・後期高齢者 医療対象者につきましては、必ずご記入下さい。