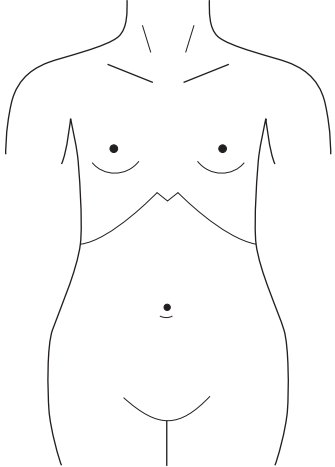


内視鏡検査申込書・診療情報提供書

ふりがな(患者名))	男/女	年齢	才	生年月日 (M. T. S. H)	年	月	日
主治医	先生	病院、診療所、医院				科		
検査予約日時	年	月	日	曜日	午前 / 午後	時	分	

検査名	胃・十二指腸内視鏡検査 (G F)	大腸内視鏡検査 (C F)
-----	----------------------	------------------

検査目的・臨床経過・その他 使用薬剤									
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">腹部超音波</td> <td colspan="2">読影結果</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">不要</td> <td style="text-align: center;">必要 →</td> <td style="text-align: center;">当日</td> <td style="text-align: center;">後日</td> </tr> </table>		腹部超音波		読影結果		不要	必要 →	当日	後日
腹部超音波		読影結果							
不要	必要 →	当日	後日						

主治医へのお願い

- お手数ですが、この**内視鏡検査申込書・診療情報提供書**を申込み後すぐに **FAX (075-465-7349)** してください。これ以外の紹介状は不要です。
- 腹部超音波検査と同時に予約される場合は上記**腹部超音波欄「必要」**に○を記入していただければ、**超音波検査申込書・診療情報提供書**は不要です。
- 大腸内視鏡検査ご予約の際は、前日夜にラキソベロン1本を処方して頂きますようお願いいたします。
- 抗血小板薬・抗凝固薬を処方中の場合は、服薬状況について記載をお願いいたします。

西陣病院 画像診断センター FAX(075-465-7349)
 TEL(075-465-6116)

受診者用内視鏡検査予約票

ふりがな() 患者名	殿	男/女	年齢	才	生年月日 (M. T. S. H)	年	月	日	
主治医	先生	病院、診療所、医院					科		
検査予約日時	年	月	日	曜日	午前 / 午後	時	分		

患者さんへのお願い

- ☆ 胃カメラご予約の方は検査予約時刻の30分前に本館1階受付までお越しいただき、この予約票をご提示ください。
- ☆ 大腸カメラご予約の方は朝9時に本館1階受付までお越しいただき、この予約票をご提示ください。
なお、検査は午後からとなります。
- ☆ 絶食は前日夜9時からですが、お茶やお水は、検査2時間前まで飲んで頂くようお願いいたします。
- ☆ 予約日にお越しになれない場合は事前に御連絡ください。



●交通機関

1. 市バス

- 203系統 出町柳 ▶ 上七軒
- 6系統 四条大宮 ▶ 乾隆校
- 206系統 京都駅 ▶ 四条大宮 ▶ 乾隆校
- 50系統 京都駅 ▶ 四条堀川 ▶ 上七軒
- 10系統 三条京阪 ▶ 千本丸太町 ▶ 上七軒
- 59系統 三条京阪 ▶ 烏丸今出川 ▶ 乾隆校
- 46系統 四条大宮 ▶ 二条駅前 ▶ 乾隆校
- 55系統 四条烏丸 ▶ 二条駅前 ▶ 上七軒

2. 地下鉄・市バス乗継ぎ

- 地下鉄 今出川駅
- 59系統 烏丸今出川 ▶ 乾隆校
- 203系統 烏丸今出川 ▶ 上七軒
- 51系統 烏丸今出川 ▶ 上七軒

西 陣 病 院

京都市上京区七本松通五辻上ル
TEL. 461-8800(代)

ご不明な点がございましたら、下記の画像診断センター受付までお問い合わせください。

西陣病院 画像診断センター TEL.075-465-6116