ご紹介患者様予約受付票

姫路第一病院　地域連携室
TEL 079-252-0581（代表）
FAX 079-252-8202

ご記入お願いします。

紹介元医療機関名			
電話			
FAX			
診療科		担当医	
希望検査	□胃内視鏡　□大腸		

ふりがな		電話番号	
患者氏名		携帯番号	
生年月日　性別	年　月　日　歳 □　男　□　女		
受診希望日	第一希望　月　日　曜日　時頃		
	第二希望　月　日　曜日　時頃		
	第三希望　月　日　曜日　時頃		
麻酔使用希望	□　なし　□　あり		
抗凝固剤の服用	薬品名		
大腸検査下剤服用場所	□　院内　□　自宅　月　日来院　□　入院　月　日　時		
当院受診歴	□　なし　□　あり　（ID番号　　）　□　不明		

※院内下剤服用御希望の方は、前日眠前服用のヨーピスの処方をお願いします。

当院記入　受付日　年　月　曜日

当院ID	
診療科	担当医師
検査予約日時	年　月　日　曜日　時
受付時間	予約時間の**30分前**に病院受付にお越しください。

○大腸検査で、院内にて下剤を服用希望の方は**4時間前に**お越しください
○検査状況により待ち時間が長くなることがあります。ご了承ください。
○感染予防のため、マスク着用をお願いします。
○予約変更やキャンセル、当日の来院時間にお越しいただけない場合は内視鏡室までご連絡下さい。
○キャンセルや予約日変更については紹介元医療機関にもご連絡下さい。
○当日、保険証、マイナンバー、お薬手帳、問診票をお持ちください。

	月		火		水		木		金		土	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
胃内視鏡	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	△
大腸内視鏡	×	○	×	○	×	○	×	×	×	○	×	△

※木曜日は最終11：30　土曜日は14：00になります。