

緊急の検査が必要な場合も
お問い合わせください。

上部消化管内視鏡検査予約申し込み方法について



受付

1. 香里ヶ丘有恵会病院 地域連携室に TEL (072-854-1371) してください。
2. 胃カメラ希望とお伝えください。
3. 予約希望日や曜日をお伝えください。
4. 経口・経鼻、セデーション希望、患者さまの氏名、生年月日をお伝えください。
5. 当院所定の『上部消化管内視鏡検査予約申込書』を地域連携室に FAX(072-860-1730) してください。
6. 当院より『予約通知書』を折り返し FAX いたします。

～検査当日の受付方法～

2階の『2再診』受付にお越しください。

- 予約通知書
- 診療情報提供書（紹介状）
- 同意書類、内視鏡検査前症状日誌
- 保険証
- 診察券（お持ちの方）

ご提出ください

• 検査結果のご報告は病理等結果が出次第郵送いたします。（当院での結果説明を希望される場合は患者さまに説明後にご報告します。又、病理検査等を行った場合はご報告に時間を要します。）

※所見をお急ぎの場合、次回の診察予定の都合がある等の場合はご確認ください



医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院
〒573-0084 枚方市香里ヶ丘 5-8-1
TEL：072-853-1181(代表)
TEL：072-854-1371(地域連携室)
FAX：072-860-1730(地域連携室)

上部消化管内視鏡検査予約申込書（患者連絡票）

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 (FAX:072-860-1730)

先生

貴 院 情 報	貴院名		
	所在地	医師名	
	TEL		
	FAX	取次担当者名	

患 者 情 報	フリガナ	男	生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名	女		
	住所 〒	電話番号		

傷病名・主訴 ※ 診療情報提供書(紹介状)は受診当日ご持参ください

検査目的

当院受診歴 あり なし 不明

電話予約日時 令和 年 月 日 時 分から

移動方法 独歩 車いす ストレッチャー その他にチェックをお願いします・抗凝固・抗血小板剤 服用していない服用している ()※中止 継続(検査は可能ですが、病理組織検査は施行できない場合もあります)・希望挿入方法 経鼻 経口 どちらでもよい

※挿入困難時は希望に添えない場合があります

・鎮静剤の使用 希望しない 希望する・検査結果の説明 説明を希望する 説明を希望しない

※検査結果は当院でも説明可能です(後日の結果説明になる場合があります)

説明を希望されない場合、後日紹介元の先生へ検査結果を郵送いたします

《上部消化管内視鏡検査予約方法》

地域連携室に TEL いただき予約日時を決定後、上部消化管内視鏡検査予約申込書(患者連絡票)を FAX してください(この用紙) → 当院より予約通知書を FAX いたします

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 地域連携室

〒573-0084 枚方市香里ヶ丘 5-8-1

TEL:072-853-1181(代表)

TEL:072-854-1371(地域連携室)

FAX:072-860-1730(地域連携室)