

# 事前（診察・検査）申込書



国家公務員共済組合連合会 名城病院

FAX: 052-201-5318

■受診希望日

(第1希望) 年 月 日 ( )

(第2希望) 年 月 日 ( )

(第3希望) 年 月 日 ( )

いつでもよい

## ■患者様情報

フリガナ 氏名	性別	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)		
	男・女				
住所	〒		電話番号		
			診察券 登録番号		

## ■一般外来

- ◆内科 【消化器内科】 【呼吸器内科】 【腎臓内科】 【糖尿・内分泌内科】
- ◆循環器内科 ◆外科 ◆整形外科 ◆心臓血管外科 ◆皮膚科 ◆眼科 ◆歯科口腔外科
- ◆脳神経外科 ◆小児科 ◆小児循環器科 ◆泌尿器科 ◆婦人科 ◆神経内科

## ■専門外来

- ◆内分泌外来 (月: 13:00~16:00/金: 14:00~16:00)
- ◆肝臓外来 (火: 14:00~16:00) ◆糖尿外来 (水: 14:00~16:00) ◆不整脈外来 (月: 14:00~16:00)
- ◆内分泌外科外来 (火: 午前) ◆乳腺外来 (水: 午前/木: 14:00~16:00) ◆喘息・COPD外来 (金: 14:00~15:30)
- ◆脳卒中・頭痛外来 (火木: 13:00~15:00) ◆認定看護師看護相談外来

歯科口腔外科に限り、直接患者様より  
歯科口腔外科外来へお電話いただき、  
予約日を調整させていただいておりま  
す。(月~金:14:00~16:00)

希望医師	なし	あり	(医師名 )
------	----	----	--------

## ■日帰り検査

A: 上部消化管内視鏡検査 8:50来院 (月・火・水・木・金)	A: I を記入ください	I. 抗血栓薬の服用 : あり なし (薬名: ) 検査の 日前から休薬予定 *当日お薬手帳をお持ちください
B: 大腸内視鏡検査 8:50来院 (月・火・水・金)	B: I・II を記入ください	
C: 胃瘻カテーテル交換 10:00来院 (火・水)	C: I・III を記入ください	
		II. 鎮静剤使用希望 : あり なし 検査回数 : 初回 2回目以降 (他院での検査回数も含めて教えてください)
		III. 現在の胃瘻カテーテルの種類 製 Fr 固定水 ml *当院での胃瘻交換はチューブ/バルーンタイプのみです。 ボタン/バンパーは取り扱っておりません。 胃瘻カテーテル交換の方は下記に✓をお願いします <input type="checkbox"/> 現在施設に入所中 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 現在病院に入所中 <input type="checkbox"/> その他 ( )

## ■紹介元医療機関

名称			
所在地	〒		
電話	FAX		
診療科	紹介医		
□別紙診療情報提供書のとおり			
傷病名(主訴):			
紹介目的等:			

★消化器内科は診察と日帰り検査の申込が別となります。  
診察希望の場合は■一般外来の消化器内科に○印を、■日帰り検査のみを希望の場合はABCに○印をお願いいたします。

★名古屋市在住の50歳以上の方で、上部消化管内視鏡検査をワ  
ンコイン検診で希望される場合は、事前にお知らせください。

## 受診日時のお知らせ

登録番号	予約診療科	科	先生
予約日	年 月 日 ( )	予約時間	時 分

\*受診当日は、時 分頃までに1階「初再診受付」にお越しください。



国家公務員共済組合連合会 名城病院

TEL: 052-201-5311 地域医療連携室