

胃がん検診専用

令和 年 月 日

信楽園病院 地域医療連携室 宛
FAX 025-260-8102

胃がん検診申込用FAX送信票

地域医療連携室直通 FAX(025)260-8102 TEL(025)260-8101

貴医療機関	
医師ご氏名	先生
ご住所	〒
TEL	TEL - -
FAX	FAX - -
紹介目的	胃がん検診（上部内視鏡検査・胃透視検査） ※ご希望の検査に○をお付けください 胃がん検診対象者であることをご依頼時に必ずご確認ください
診療希望日	第1希望 月 日（曜日） 第2希望 月 日（曜日）

上部内視鏡検査をご依頼の場合は以下の状態をお聞かせください。（有または無に○をお付けください）

- 胃潰瘍・十二指腸潰瘍で内服中（有・無）…該当する方は、胃がん検診でのお取扱いはできません。
- 抗凝固剤・抗血小板剤内服中（有・無）…該当する方は、上部内視鏡検査はできません。
- 心臓ペースメーカー（有・無）

胃透視検査をご依頼の場合は以下の状態をお聞かせください。（有または無に○をお付けください）

- 胃潰瘍・十二指腸潰瘍で内服中（有・無）…該当する方は、胃がん検診でのお取扱いはできません。
- 心臓ペースメーカー（有・無）…該当する方は胃透視検査はできません。
- 妊娠（有・無） ●緑内障（有・無） ●前立腺肥大（有・無） ●糖尿病（有・無）
- 造影剤アレルギー（有・無） ●喘息（有・無）

患者基本情報

ふりがな	男・女	生年月日
氏名	様	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所 〒	TEL ()	—
市	区	

保険証等情報

保険者番号	被保険者証記号番号
（被保険者との続柄 本人・家族） （高齢受給者証 有・無…負担割合 1割・3割）	
後期高齢者医療被保険者番号	被保険者番号
（一部負担金 1割・3割）	
公費負担者番号	公費受給者番号

信楽園病院の受診歴がある方で、カルテ番号がおわかりでしたらご記入をお願いいたします。

□ □ - □ □ □ □ □

〒950-2087 新潟市西区新通南3丁目3番11号

社会福祉法人 新潟市社会事業協会 信楽園病院 TEL 025-260-8200 FAX 025-260-8199