

4

東北公済病院 地域医療センター

◆上部消化管内視鏡検査予約受付のご案内◆

ご予約の手順

今、予約日時を決めたい場合は、
Aコースでお申し込みください。

Aコース

ご紹介元の医療機関

「申込書（兼）診療情報提供書」をご記入の上、
地域医療センターまでFAXください。
事前にお電話いただけますと予約の空き状況をお
知らせいたします。

FAX 022-264-4181
TEL 022-227-2353



地域医療センター

予約日時を調整し、「診療予約票」を15分を目途
にご紹介元へFAX。確認のお電話をします。



ご紹介元の医療機関

「診療予約票」、「申込書（兼）診療情報提供書」の原本
を患者さんへお渡しください。



患者さん

予約日に東北公済病院を受診ください。

後で、予約日時を決めたい場合は、
Bコースでお申し込みください。

Bコース

ご紹介元の医療機関

「申込書（兼）診療情報提供書」をご記入の上、
地域医療センターまでFAXください。

FAX 022-264-4181

患者さんに「申込書（兼）診療情報提供書」の原本を
お渡しいただき、以下のことをお伝えください。

紹介日より1週間以内に地域医療センターに
電話で予約をお取りください

地域医療センター **TEL 022-227-2353**
(平日受付/午前8時30分～午後5時15分)



患者さん

1週間以内に地域医療センターへお電話ください。
このとき「Bコースの予約です」とお伝えください。



地域医療センター

予約日時を決定し、「診療予約票」を患者さんへ
郵送します。紹介元へも「診療予約票の控え」を
FAXします。



患者さん

予約日に東北公済病院を受診ください。

- ・予約受付時間外のお申し込みについては、原則として翌診療日の対応にさせていただきます。
- ・予約枠に制限があり、ご希望に添えない場合があります。
- ・お電話をいただければ予約の空き状況をお知らせいたします。



国家公務員共済組合連合会

東北公済病院

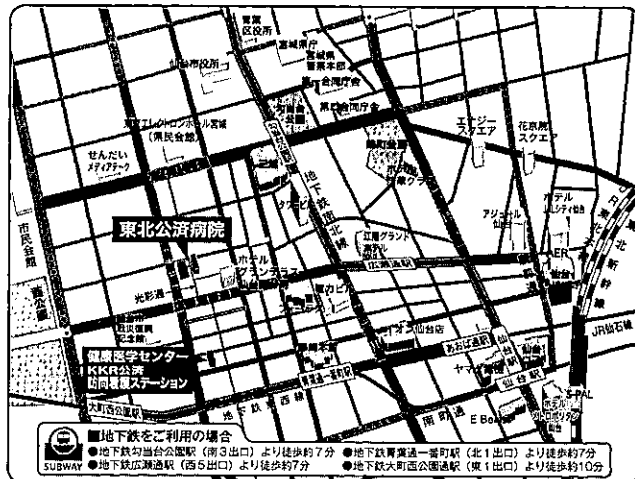
〒980-0803 仙台市青葉区国分町2-3-11
TEL 022-227-2211 (代表)

地域医療センター

TEL 022-227-2353

電話で
のお申し込み・
お問い合わせは
右記まで

受付時間 平日/午前8時30分～午後5時15分
(土曜・日曜・祝日・年末年始を除く)



東北公済病院で上部消化管内視鏡検査を受けられる方へ

1、1階受付『7番窓口』に、①②③④⑤をご提示ください。

- ①診療予約票
- ②紹介状【上部消化管内視鏡検査申込書(兼)診療情報提供書】
- ③健康保険証・**マイナ保険証**
- ④診察券(当院受診歴のある方)
- ⑤お薬手帳

2、予約時間とは内視鏡検査開始時間ですので、30分程度早めにお越しください。

3、「上部消化管内視鏡検査同意書および問診票」をご記入のうえ、内視鏡室へおいでください。お薬手帳もご持参ください。

4、予約日に来院できなくなった場合はご連絡ください。
Tel 022-227-2353 (地域医療センター 直通)



受診上のご注意

- ☐ 前日夕食は20時までに済ませてください。お水やお茶などの水分は検査1時間前まで可能です。
- ☐ 朝食はとらずにお越しください。
- ☐ 高血圧や不整脈のお薬を服用している方は、服用分を検査当日起床時にお飲みください。
- ☐ 検査当日の飲酒は予定しないでください。
- ☐ コンタクトレンズをご使用の方は、保存ケースをご持参ください。
- ☐ なるべくゆったりとした服装でお越しください。
- ☐ 高齢の方、ふらつきやすい方は付き添いの方とおいでください。
- ☐ 当日、多少お待ちいただくこともありますのであらかじめご了承ください。

◆お問い合わせ等がございましたら、下記までご連絡ください◆

国家公務員共済組合連合会

東北公済病院 地域医療センター 【TEL 022-227-2353 (直通)】

4 上部消化管内視鏡検査申込書(兼)診療情報提供書

年 月 日

①太枠内をご記入の上、上記FAX番号まで送信ください ※下記□にチェックをお願いします

予約方法		☐ Aコース		☐ Bコース		
科 医師宛				紹介元医療機関名		
				診 療 科 ご 担 当 医 名		
☐ 予約済日時		年 月 日 () 時 分		住 所		
☐ 受診希望日				電 話 番 号 ()		
☐ 希望日なし (最短の日時)				FAX番号 ()		
受診者	フリガナ				生年月日	西暦・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
	氏 名	様 男・女				
	住 所	(〒 -)			携帯電話番号	- - ()
傷病名 紹介目的				電話番号		
				当院受診歴	無・有 (科)	

②■検査の種類

■感染症の有無：①HBsAg () ②HCV () ③WR () ④HIV () ⑤MRSA () ⑥TB () ⑦その他 ()

③診療情報提供書としてご利用いただく際は以下の項目の記載をお願いいたします

[illegible]

別紙「上部消化管内視鏡検査の資料ご案内」③の「上部消化管内視鏡検査時における服薬中のお薬についてのご注意・ご確認」書のチェックをお願いします。

4 上部消化管内視鏡検査申込書(兼)診療情報提供書

年 月 日

①太枠内をご記入の上、上記FAX番号まで送信ください ※下記□にチェックをお願いします

予約方法		☐ Aコース	☐ Bコース			
科 医師宛			紹介元医療機関名			
			診療科			
☐ 予約済日時			住所			
			電話番号		()	
☐ 受診希望日			FAX番号		()	
☐ 希望日なし (最短の日時)						
受診者	フリガナ	様 男・女			生年月日	西暦・大・昭・平・令 年 月 日(歳)
	氏名				携帯電話番号	()
	住所	(〒 -)	電話番号			
傷病名 紹介目的					当院受診歴	無・有(科)

②■検査の種類

■感染症の有無：①HBsAg () ②HCV () ③WR () ④HIV () ⑤MRSA () ⑥TB () ⑦その他 ()

③診療情報提供書としてご利用いただく際は以下の項目の記載をお願いいたします

[illegible]

別紙「上部消化管内視鏡検査の資料ご案内」③の「上部消化管内視鏡検査時における服薬中のお薬についてのご注意・ご確認」書のチェックをお願いします。