

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）予約手順等

手 順

- ① **地域連携室（☎03-5214-7497）**に電話をしていただき、『**上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の予約**』とご指示ください。（検査は完全予約制です。直接予約させていただきます。）
- ② 東京逓信病院のホームページから、「上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）検査依頼書（診療情報提供書）」等（様式類）をダウンロードし、準備して下さい。
<https://www.hospital.japanpost.jp/tokyo/cooperation/materials/gf.html>

<ダウンロードする様式>

≪紹介状≫

様式 1 : 「上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査依頼票（診療情報提供書）」

様式 2 : 「上部消化管内視鏡検査（経口）の説明書／同意書」

様式 3 : 「内視鏡検査時の鎮静剤使用の説明書／同意書」（※希望者のみ）

一 式

様式 4 : 「上部消化管内視鏡検査のご案内」

様式 5 : 「問診票」

様式 6 : 「検査当日の手続き等のご案内」

- ③ 予約をお取りいただいた後、様式 1 に必要事項を記入し、様式 2、様式 3（※希望者のみ）を患者さんに説明の上、同意を得ていただき、説明者及び患者さんの記名・押印をお願いします。
- ④ 様式 1、様式 2 及び様式 3（※希望者のみ）を**紹介状一式**として、**コピー**していただき、原本は、紹介状一式として適宜の封筒に同封の上、患者さんにお渡しください。
- ⑤ 様式 4 に必要事項を記入し、患者さんに説明の上、同意を得ていただき、説明者及び患者さんの記名・押印をお願いします。
- ⑥ 様式 4、様式 5 及び様式 6 を患者さんにお渡しし、記載の内容を再度確認し、様式 5 に必要事項を記入するようお伝えください。
- ⑦ 検査当日は、紹介状一式（様式 1、様式 2 及び様式 3（※希望者のみ））、様式 4、様式 5 及び様式 6 の全てを持参するようお伝えください（記入漏れが無いように再確認をお願いします。）。
- ⑧ コピーした**様式 1、様式 2 及び様式 3（※希望者のみ）**を、**検査予約のお電話をされた翌日までに、地域連携室まで F A X 送信**して下さい。

<注意事項>

- ※ 検査の予約を変更する場合は、なるべく検査の3日前までに地域連携室へ連絡してください。
- ※ 当日、体調不良等により急遽、来院出来ない場合も東京通信病院の地域連携室へ連絡するよう患者さんにお伝え願います。
- ※ **本検査は、自治体が無料で実施している胃がん検診ではありませんので、ご注意願います。**

東京通信病院地域連携室 電話番号：03-5214-7497

- ※ 電話対応可能時間：8:30～18:00（土・日・祝日を除く。）