

診療情報提供書

(内視鏡検査込書)

平成 年 月 日

フリガナ		男	M	年	月	日
患者様 氏名		女	T S H			(生まれ 歳)
住所	TEL ()					
紹介元	所在地: 医院名: 医師名:					

* 以下、該当部分に☑ または○をお付けください。

検査項目	・内視鏡 <input type="checkbox"/> 上部消化管 ※下部消化管検査の場合は事前に消化器科の 外来受診をお願いします。 ・その他 ()	検査目的 または 症状についての患者様情報
	鎮静剤使用 <input type="checkbox"/> 希望する	
診断名	(主訴)	(診断名)
個人データ	・感染 検査 実施・未実施 HCV (+・-) HB (+・-) TPHA (+・-) RPR (+・-)	服薬中の薬剤名
	・麻酔 (制限・希望) 有 ・ 無 () ・前立腺肥大 有 ・ 無 () ・緑内障 有 ・ 無 () ・心疾患 (特に虚血性) 有 ・ 無 () ・体内金属・人工臓器 有 ・ 無 () ・手術歴 (時期・内容) 有 ・ 無 () ・アレルギー 有 ・ 無 () ・妊娠 有 ・ 無 (週) ・体重 k g	

* ご記入いただきましたら、下記まで FAX お願い申し上げます。

FAX番号 0467-89-3630	湘南東部総合病院 消化器科 医師
------------------------------	---------------------