

診療情報提供書兼検査依頼書

〒243-8571 神奈川県厚木市船子232番地
社会医療法人 社団 三思会

年 月 日

東名厚木病院

内視鏡センター担当医 宛

お問い合わせは地域連携室まで
TEL 046-229-3553(直通)
FAX 046-229-1779(直通)

紹介元
所在地
医療機関名
電話番号
FAX番号
依頼医師名 印

フリガナ	生年月日	年	月	日
患者名	年齢		性別	
住所	電話番号			

検査目的と臨床情報・既往歴と処方歴

注意事項: アレルギー あり なし 喘息 あり なし 妊娠 あり なし

依頼検査選択

鎮静を希望する

鎮静を希望しない

<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> 胃炎フォロー	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍(疑い)
	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> バリウムで異常指摘		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値	
		<input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査 検査の説明を含めた事前 診察が必要です	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 血便	<input type="checkbox"/> 大腸ポリプフォロー	
	<input type="checkbox"/> 便潜血陽性	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値			
	<input type="checkbox"/> その他 ()				

重要確認事項

抗血小板薬・抗凝固薬等の内服

服用なし

服用あり

薬剤名 (

継続

中止

/

~

)

※いつから中止しているかを下記にご記入下さい

独歩

車椅子

ストレッチャー

その他 (

)

・本紙は先に当院へFAXして頂きますが、原本は患者さんにお渡し頂き、当日当院へ持参してくださいませよう、お伝え下さい。

・検査結果は、終了後に内視鏡施行医師が説明いたします。紹介元へは、結果を郵送でお送りさせていただきます。

検査予約日時: 年 月 日 時 分