

診療情報提供書 (内視鏡検査 依頼書)

令和 年 月 日

市立芦屋病院 地域連携室直通 【TEL】 0797-22-3570 ・ 【FAX】 0797-22-3319

ふりがな			性別
患者氏名			男
			女
	(歳)		
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日生	
患者住所	〒		
電話番号	()	-	

保険者番号 継続 有・無

--	--	--	--	--	--	--	--

記号・番号 ○でかこむ

							本人・家族
--	--	--	--	--	--	--	-------

公費負担者番号・受給者番号

受診希望日 _____ 希望医師 _____

◆内視鏡検査依頼項目 ※該当項目にチェックをお願いします

- ・ 上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ)
 - 経口内視鏡 (ご希望の方はセデーションで行います)
 - 経鼻内視鏡 (比較的に楽に受けていただけます。ただしセデーションはお受けできません)
- ・ 鎮痛薬の希望
 - 有 無
 - ※鎮痛薬希望時は、患者さんご自身の運転で自家用車・バイク・自転車での来院はご遠慮ください。
付き添いの方と来院することをお勧めします
検査後、経過観察のために1時間の安静をしていただきます
- ・ 依頼内容

<input type="checkbox"/> 胃痛・胸やけ	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍 (疑い)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値
<input type="checkbox"/> 萎縮性胃炎フォロー	<input type="checkbox"/> スクリーニング	<input type="checkbox"/> その他 ()
- ・ 妊娠の可能性 有 無
- ・ 出血傾向 有 無
- ・ アレルギー 有 () 無
- ・ 抗凝固薬・抗血小板薬服用
 - 有 薬剤名 () 対象疾患 () 無

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方

※この用紙は、カルテ作成や医事業務にも使用いたしますので、直接当院の医師に予約された場合であっても、必ずお送りください。
なお、午後7時以降のFAXについては、翌日の受付とさせていただきます。

医療機関 の所在地 及び名称 紹介医 TEL/FAX	
--	--