

上部消化管内視鏡検査依頼書（診療情報提供書）

年 月 日

刈谷豊田総合病院 東分院 御中

内視鏡検査担当 医師

医療機関名

医師名

TEL () -

FAX () -

予約日時	年 月 日 (曜日)		時 分
フリガナ 患者氏名		男 女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生
住 所	〒 -		電話番号 () -
傷病名 (主訴)			
経過及び 紹介目的	<input type="checkbox"/> 別紙、診療情報提供書のとおり		
現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙、診療情報提供書のとおり		
検査を安全に行うため、事前にチェックをお願いします。(必須です)			
心疾患	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
不整脈	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
緑内障	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
前立腺肥大	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
甲状腺機能 亢進症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ありの場合： <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> キシロカイン <input type="checkbox"/> その他 ()
抗血小板・ 抗凝固剤 ありの場合	<input type="checkbox"/> 休薬可能	別紙にそって事前に休薬をお願いします。(指示内容；)	
	<input type="checkbox"/> 休薬不能	検査当日は観察のみで、生検が必要な際は後日再検となる事をご本人にお伝え下さい。 <u>(他院処方もご確認下さい)</u>	
女性の方のみ	<input type="checkbox"/> 妊娠中	<input type="checkbox"/> 授乳中	<input type="checkbox"/> 妊娠中、授乳中のいずれでもない
その他、検査医 への依頼事項			

刈谷豊田総合病院

KD地連-Q00025(00)

地域連携室 TEL (0566) 25-8304 FAX (0566) 27-6956