

# 上部消化管内視鏡検査申込書（診療情報提供書）

年 月 日

刈谷豊田総合病院 刈谷豊田東病院 御中

医療機関名

内視鏡検査担当 医師

医師名

TEL ( ) -

FAX ( ) -

\* 検査は咽頭麻酔にておこないます。鎮静剤を使用しての検査等をご希望の場合は消化器内科にご紹介ください。

予約希望日	第1希望日: 年 月 日 ( )		
	第2希望日: 年 月 日 ( )		
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	□別紙、診療情報提供書のとおり		
現在の処方	□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 地域連携室 TEL(0566)25-8304 FAX(0566)27-6956

地域連携室使用欄 診察券番号: 予約日時: 予約 医事 履歴