

内視鏡検査予約申込書(兼 診療情報提供書)

燕労災病院 地域医療連携室(FAX:0256-64-5232)

各項目にご記入のうえ、ファクシミリにて地域医療連携室へお送りください。

| | | | | | |
|--------------|-------------|-------|---------|---|-----------|
| 申込日 | 年 | 月 | 日 | | |
| フリガナ 患者氏名 | | | | | 性別: 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 患者電話番号 | () - | 当院受診歴 | あり ・ なし | | |

| | | | | | |
|-----|-------|-----------|---------|--|--|
| 紹介元 | 医療機関名 | | | | |
| | 医師名 | TEL () - | FAX () | | |

| 依頼検査内容 | 胃カメラ | 大腸カメラ |
|-----------------------|--|-------|
| 検査理由 | 症状あり (症状:) 他検査で異常 (異常所見:) スクリーニング その他 (理由:) | |
| 希望日時 | 検査前説明日(大腸カメラの場合のみ) 月 日 () 午前・午後 | |
| 希望日時 | 検査日 月 日 () 午前・午後 | |
| 既往歴等 | 既往歴 | |
| | 心疾患 (無 ・ 有 :薬品名) 糖尿病 (無 ・ 有 :薬品名) 緑内障 (無 ・ 有) 薬剤アレルギー (無 ・ 有) 前立腺肥大 (無 ・ 有) 腹部の手術 (無 ・ 有) | |
| 感染症の有無 | なし あり (HBsAg ・ HCV ・ TPHA) 未検 | |
| 抗凝固剤等 | 服用なし 服用あり(薬名) 服用している場合、中止の適否をご判断下さい (中止 ・ 継続) <u>内服継続でも検査は可能ですが、病理組織検査は施行出来ません。</u> | |
| 備考 (検査についての希望事項など) | | |