

診療情報提供書・上部内視鏡検査依頼書 地域医療連携センター直通FAX 042(550)5190

		フリガナ					
患者氏名				性別	男・女	検査希望日	年 月 日
生年月日	昭和・平成	年	月	日	診 察	午前	時 分
患者住所				検 査	午前	時	分
電話番号				検査方法	経口 ・ 経鼻		
ご紹介元医療機関名				※ 希望方法に○をつけてください。 ※ 経鼻は一部対応できない曜日があります。			
電話番号							
FAX番号							
ご依頼医師お名前							
紹介(検査)目的・現在の治療内容等							
基礎疾患・既往歴		※下表チェック欄以外にありましたら、ご記入ください。					
安全な検査のために、以下の項目に○をお願いします。							
緑内障	有	無	不明	内視鏡検査の経験	有	無	不明
糖尿病	有	無	不明	キシロカイン使用歴	有	無	不明
不整脈	有	無	不明	アレルギー	有	無	不明
甲状腺機能低下症	有	無	不明	抗血小板・抗凝固薬の内服	(有の場合) キシロカイン アルコール・ヨード その他 【                      】		
高血圧	有	無	不明				
前立腺肥大(男性のみ)	有	無	不明	有	(中止する 中止しない)		無
心疾患	有	無	不明	(有の場合) アスピリン・バイアスピリン・オパルモン パナルジン・プレタール・プラビックス・ペルサンチン エパデール・ワーファリン・イグザレルト・エリキュース その他 【                      】			
低酸素血症	有	無	不明				
出血傾向	有	無	不明				
喘息	有	無	不明				
内分泌疾患	有	無	不明	感染症の有無	有	無	
精神疾患	有	無	不明	(有の場合) HCV HBV TB Lues MRSA			
妊娠(女性のみ)	有	無	不明	提出中 未検			
【その他特記事項】							