

共同利用 上部内視鏡検査申込書 兼 紹介状

太枠内すべて記入し FAX 送信下さいませようお願いします。

本用紙は患者さんにお渡しいただき、予約日時に2階内視鏡センター受付にご提出いただきますようお願い下さい。

予約日時 月 日 9:00

↑電話でお申し込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

当院受診歴 無 有 不明

ID

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名	漢字表記	カナ表記
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	電話番号 自宅 ----- その他連絡先
住所	〒	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
保険区分	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 公費12 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> その他()	

(該当項目をチェック☑して下さい) 患者さんの状況を教えてください

緑内障 なし あり 糖尿病 なし あり 前立腺肥大 なし あり 胃の手術 なし あり (年 月 日)

妊娠の可能性 なし あり () 週 鎮静剤の希望 なし あり (当日、車両運転不可)

注意事項

抗血栓薬の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ワーファリン <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒(年 月 日より中止) アスピリン <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒(年 月 日より中止) パナルジン <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒(年 月 日より中止) プレタール <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒(年 月 日より中止) 上記服用中だが中止不可または中止しなくてよい⇒ <input type="checkbox"/>	感染 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> W 1年以内の感染症検査データがある場合は添付してください
---	---	--	--

仮診断

現在の処方・その他

*薬物アレルギー なし あり⇒(詳細)