

# 診療情報提供書兼検査依頼書

北大阪ほうせんか病院

紹介元医療機関

年 月 日

地域連携室 行

名称

電話 072-643-6921(代)

住所

FAX 072-643-2768(直)

電話・FAX

【検査名】 上部消化管(胃)内視鏡検査

科 \_\_\_\_\_ 医師 \_\_\_\_\_

【希望日】 [第1希望: 年 月 日]

※月・火・木・金曜日の午前中

[第2希望: 年 月 日]

※太枠内は必ず記入して下さい

フリガナ				保険者番号								
名前				記号								
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	番号							
性別	男・女	年齢	歳		続柄	本人・家族		被保険者				
住所	〒				公費							
電話	( ) - ( )			負担割合( 割) 一部負担助成(有・無)								
傷病名												
検査目的												
現在の処方												
飲まれている薬をすべてご記入下さい												
別紙FAX可												
既往歴												
備考(希望など)												
抗凝固薬 抗血小板薬	<input type="checkbox"/> 服用している ( <input type="checkbox"/> 1種類 <input type="checkbox"/> 2種類以上 ) <input type="checkbox"/> 服用していない											
	・1種類の場合は特に休薬の必要はありません。 ・2種類以上内服中で休薬ができない場合は、観察のみとなる場合があります。											
鎮静剤の使用	<input type="checkbox"/> 鎮静希望 (※鎮静下の内視鏡検査を希望される場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい) 注意:鎮静下に施行する場合、検査後当日は車、自転車、バイクの運転はできません。											
その他	<input type="checkbox"/> 当院での検査結果説明を希望 (希望される場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい)											