

聖ヨゼフ病院 即日上部内視鏡検査依頼書

(診療情報提供書)

平成 年 月 日

貴医療機関名称

住所 〒 ()

電話番号 - - FAX - -

先生のお名前 先生

聖ヨゼフ病院の受診歴: 有 無 不明

※ありましたら診察券番号をご記入下さい。

--	--	--	--	--	--

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女 (M) (F)	年 月 日
現住所	〒 () 電話 - -		
連絡先	電話 - -		

主保険	保険者番号						記号・番号						1. 本人 2. 家族	
併用保険	負担者番号						受給者番号						給付割合	<input type="checkbox"/> 併用無し
	1													0割・1割・2割・3割
	2													()

 上部 (食道・胃・十二指腸) 経鼻希望

医療情報 (主訴、経過)

心疾患: 有り ()・無し

前立腺肥大: 有り ()・無し 緑内障: 有り ()・無し

抗凝固剤・抗血小板剤の処方: 有り ()・無し

中止する場合、検査前の休薬期間のご指示: 休薬期間 () 日間

(抗凝固剤・抗血小板剤を中止しない場合は観察のみ行います。生検は行いません。)

感染症のデータがありましたら (年 月 日)

HBs抗原: + / - HCV抗体: + / - W氏: + / -

※ 降圧剤を使用している場合は、朝6時までに服用するようにご指示下さい。

FAX : 046-824-8076

地域連携室直通

電話 : 046-824-8071