

診療情報提供書（内視鏡検査 依頼書）

令和 年 月 日

市立芦屋病院 地域連携室直通 【TEL】0797-22-3570・【FAX】0797-22-3319

ふりがな		性別	
患者氏名		男	
		女	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 生	(歳)	
患者住所	〒		
電話番号	() -		

保険者番号	継続	有・無

記号・番号 ○でかこむ

	本人・家族
--	-------

公費負担者番号・受給者番号

受診希望日 _____

希望医師 _____

◆内視鏡検査依頼項目 ※該当項目にチェックをお願いします

- 上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）

経口内視鏡（ご希望の方はセデーションで行います）

経鼻内視鏡（比較的に楽に受けいただけます。ただしセデーションはお受けできません）

- 鎮痛薬の希望

有 無

※鎮痛薬希望時は、患者さんご自身の運転で自家用車・バイク・自転車での来院はご遠慮ください。

付き添いの方と来院することをお勧めします

検査後、経過観察のために1時間の安静をしていただきます

- 依頼内容

胃痛・胸やけ 胃潰瘍（疑い）

腫瘍マーカー高値

萎縮性胃炎フオロー

スクリーニング

その他（ ）

- 妊娠の可能性 有 無

- 出血傾向 有 無

- アレルギー 有（ ）

） 無

- 抗凝固薬・抗血小板薬服用

有 薬剤名（ ） 対象疾患（ ）

） 無

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方

※この用紙は、カルテ作成や医事業務にも使用いたしますので、直接当院の医師に予約された場合であっても、必ずお送りください。

なお、午後7時以降のFAXについては、翌日の受付とさせていただきます。

医療機関
の所在地
及び名称
紹介医
TEL/FAX