

診療情報提供書(上部消化管内視鏡 検査依頼書)

紹介先医療機関名

医療法人社団 武蔵野会 一橋病院
(地域医療連携課あて)

紹介元医療機関名

医師氏名 科 印

予約日時	月	日 ()	時	分
------	---	-------	---	---

※下記の太線枠内項目に、できる限りご記入をお願いいたします。

フリガナ		性 別	生 年 月 日
患 者 氏 名		(男 ・ 女)	T ・ S ・ H 年 月 日 (歳)
緊急時連絡先： 携帯電話 () 、自宅電話 () 、			
当院受診歴 (<input type="checkbox"/> 無し、 <input type="checkbox"/> 有り・ID番号： 、最終受診： 年 月頃・不明)			

検 査 目 的 :	検査経路 (経鼻・経口〈鎮静希望 (有 ・ 無) 〉)
.....	
症 状 経 過 :	
.....	
既往歴・入院手術歴	
.....	
現在の処方	
.....	
休薬の必要な薬	<div><input type="checkbox"/>抗血小板薬(薬剤名: 休薬期間: 月 日～検査当日まで)</div> <div><input type="checkbox"/>抗凝固薬(薬剤名: 休薬期間: 月 日～検査当日まで)</div> <div><input type="checkbox"/>その他(薬剤名: 休薬期間: 月 日～検査当日まで)</div>
当日朝のみ休薬する薬	<div><input type="checkbox"/>経口糖尿病薬()</div> <div><input type="checkbox"/>休薬なし <input type="checkbox"/>その他()</div>
.....	
当日あさ内服する薬	<input type="checkbox"/> 降圧薬、 <input type="checkbox"/> 向精神薬、 <input type="checkbox"/> その他()
.....	
<input type="checkbox"/> 特記事項:	
.....	