

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

紹介元医療機関名

医療法人社団 武藏野会 一橋病院

(地域医療連携課あて)

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（□無し、□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 抗血小板薬（薬剤名：_____）
 抗凝固薬（薬剤名：_____）
 その他（薬剤名：_____）

休薬期間：月 日～検査当日まで

休薬期間：月 日～検査当日まで

休薬期間：月 日～検査当日まで

当日朝のみ休薬する薬 経口糖尿病薬（_____）
 休薬なし その他（_____）

)

)

当日あさ内服する薬 降圧薬、 向精神薬、 その他（_____）

)

 特記事項：