FAX 042－347－3307　　年　月　日

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 東光会　**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）
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:　休薬期間:　月　日～検査当日まで）	
□休薬なし　□抗凝固薬（薬剤名:　休薬期間:　月　日～検査当日まで）	
□その他（薬剤名:　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**:	

ver. 2.0 29th. Jan. 2025