

診療情報提供書
【上部内視鏡検査用】

※ お電話で上部内視鏡検査のご予約をいただいた後
この用紙をFAXしてください。

藤沢湘南台病院 地域医療連携室
【お問合せ・ご予約】 TEL：0466-44-9980

紹介元医療機関
の名称・所在地

先生のお名前

印

【患者様のお名前】フリガナ

様

年 月 日

生年月日	年 月 日生(歳)	性別	男・女
住所	〒 - TEL ()		

予約内容	紹介目的	ご予約いただいた日時	医師のご希望
	上部内視鏡検査	月 日 : ~	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし

検査方法	鎮静希望	藤沢湘南台病院での検査結果説明	その他連絡事項
<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <small>※病理組織検査の結果は藤沢湘南台病院で説明いたします。</small>	<input type="checkbox"/> 定期観察 <input type="checkbox"/> ピロリ菌除菌後のフォローアップ <input type="checkbox"/> その他()

傷病名	
-----	--

既往歴 家族歴	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> ピロリ菌除菌歴 <input type="checkbox"/> その他()
------------	--

内服薬	抗血小板薬や抗凝固薬の内服	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <small>※中止の必要はありませんがお薬によっては生検が別の日になる場合がございます。</small>
	抗糖尿病薬の内服	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <small>※原則として検査当日の朝は中止してください。</small>

症 状 治療経過 検査結果
---------------------	--

■患者様保険情報

保険者番号		公費負担者番号		負担割合	
記号・番号		受給者番号		老人(1割・3割)	
被保険者氏名	本人・家族	公費負担者番号		負担割合	()
		受給者番号			

※ 検査当日お持ちいただくもの… 診療情報提供書(この用紙)、同意書、問診票、お薬手帳

専用封筒に入れる場合はここで折ってください

専用封筒に入れる場合はここで折ってください