

# 上部消化管内視鏡検査依頼票(診療情報提供書)

八千代病院

年 月 日

検査担当 医師：

【施設名】

希望日

【医師名】

① 年 月 日 ( 曜日)

TEL ( ) -

② 年 月 日 ( 曜日)

FAX ( ) -

フリガナ		性別		生年月日																
受診者名		男・女		年 月 日 ( 歳)																
住所		TEL ( ) -																		
保 険										公費負担										
自費	自賠	労災	生保	健保	健家	国本	国家	退本	退家	高前	1割	2割	3割	高後	1割	3割	身障	母子	子ども	その他
保険者番号					公費負担者番号															
記号		番号		受給者番号																
資格取得		有効期限		被保険者名																

臨床情報 (診断名・既往歴・症状・検査結果・治療経過・現在の処方・その他事項)

別紙

事前チェックをお願いします。

施行方法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経鼻	※静脈麻酔をご希望の場合は通常の診察予約となります。		
抗血栓薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり：	薬剤名：		
生検	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可			
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり：	<input type="checkbox"/> アルコール	<input type="checkbox"/> キシロカイン	<input type="checkbox"/> その他： <input type="checkbox"/> 不明
感染症	<input type="checkbox"/> 肝炎・HIV なし		<input type="checkbox"/> 肝炎・HIV あり：検査日 年 月 日		<input type="checkbox"/> 不明
心疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
緑内障	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
男性の方	前立腺肥大	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠中	<input type="checkbox"/> 授乳中	<input type="checkbox"/> いずれもなし		

その他：