**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 | 健本 | 健家 | 国本 | 国家 | 退本 | 退家 | 前期高齢 | １割 | ２割 | ３割 | 後期高齢 | 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** | [ ] 経口 | [ ] 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** | [ ] なし | [ ] あり： | 薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| **生検** | [ ] 可 | [ ] 不可 |  |  |  |  |
|  |
| **薬物ｱﾚﾙｷﾞｰ**  | [ ] なし | [ ] あり： | [ ] アルコール | [ ] キシロカイン | [ ] その他：　　　　　　　　 | [ ] 不明 |
|  |
| **感染症** | [ ] 肝炎・HIVなし | [ ] 肝炎・HIVあり：検査日　　年　　月　　日 | [ ] 不明 |
|  |
| **心疾患** | [ ] なし | [ ] あり | [ ] 不明 |  |
|  |
| **緑内障** | [ ] なし | [ ] あり | [ ] 不明 |  |
|  |
| **男性の方** | 前立腺肥大 | [ ] なし | [ ] あり | [ ] 不明 |  |
|  |
| **女性の方** | [ ] 妊娠中 | [ ] 授乳中 | [ ] いずれもなし |  |

**その他：** |

**患者支援センター　地域連携課**　**TEL：0120-855-814／FAX：0120-811-814 (R2.8.11)**