**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)**