

上部内視鏡検査予約申込書（診療情報提供書）

年 月 日

紹介先：汐田総合病院 〒230-0001 横浜市鶴見区矢向1-6-20 総合ケアセンター室（地域連携）行 TEL 045-574-1396 FAX 045-574-1509
--

紹介元：保険医療機関
所在地
医療機関
医師名
TEL
FAX
印

予約日時
年 月 日 曜日

*お電話でお申込みいただいた際にお伝えした日程をご記入ください。

紹介患者情報					
フリガナ 氏名		生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 -				
電話		携帯電話			

診療情報提供（傷病名・紹介目的・既往歴・症状経過・備考）					
病名：					
紹介目的：					
既往歴：					
患者さんの状況を教えてください（該当項目にチェックして下さい）					
緑内障：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	前立腺肥大：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	胃の手術：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
妊娠の可能性：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 週				

注意事項					
抗血栓薬の使用					
ワーファリン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	⇒	(年 月 日	より中止)
アスピリン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	⇒	(年 月 日	より中止)
パナルジン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	⇒	(年 月 日	より中止)
プレタール	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	⇒	(年 月 日	より中止)
上記服用中だが、中止不可または中止しなくてよい ⇒ <input type="checkbox"/>					
感染	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	⇒	<input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> W		
1年以内に感染症検査データがある場合は添付してください。					

現在の処方・その他