

# 上部内視鏡検査予約申込書（診療情報提供書）

年 月 日

<b>紹介先：汐田総合病院</b> 〒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
--

<b>紹介元：保険医療機関</b> 所在地 医療機関 医師名 TEL FAX	印
---	---

<b>予約日時</b>
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。

<b>紹介患者情報</b>					
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	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 -				
電話		携帯電話			

<b>診療情報提供（傷病名・検査目的・既往歴・症状経過・備考）</b>					
病名：					
検査目的：					
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				

<b>注意事項</b>					
<b>抗血栓薬の使用</b>					
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。					

<b>現在の処方・その他</b>

#### 患者様への指導・その他

- \* 診療情報提供内容につきましては、別途紹介状をいただける場合は、簡素で結構です。
- \* 抗血栓薬の休薬等につきましては、日本消化器内視鏡学会のガイドラインをご参照ください。
- \* 検査日は朝10時までに来院し、受付をしてください。（8時30分受付開始）
- \* 検査前日の21時以降の食事は控えてください。検査当日は絶食です。
- \* 降圧剤や抗痙攣剤、喘息治療薬を処方されている場合は、検査当日の朝6時までには内服してください。
- \* 経口血糖降下剤は当日の朝は服用しないでください。
- \* おタバコを吸われる方は、検査当日は喫煙をしないでください。
- \* インスリンの自己注射を行なっている方は、当日の朝は中止してください。
- \* お化粧品（口紅・マニキュア）は控えてください。