

診療情報提供書兼申込書(上部消化管内視鏡検査依頼票)

年 月 日

大阪警察病院 消化器内科 御中
紹介元医療機関の所在地及び名称

〒 医師氏名

電話番号 () - FAX () -

フリガナ	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	(歳)	
患者氏名						性別	男 ・ 女
住所 〒						電話番号 ()	

大阪警察病院(第二病院)受診歴	有 ・ 無	備考 ()
-----------------	-------	--------

保 険 証	保険者番号	記号	番号	枝番
	公費負担者番号	公費受給者番号		

1.傷病名

2.紹介目的(検査内容) スクリーニング 精査

3.既往歴

検査内容	上部消化管内視鏡検査(経口のみ)
鎮静剤希望	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 ※有の方は、必ず事前に鎮静剤の説明書をお読みください。
その他確認事項	キシロカインアレルギー <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 不明 ヨード造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 不明 抗血栓薬服用 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 ※抗血栓薬服用有の方(薬剤名:) 心 疾 患 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 緑 内 障 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 前 立 腺 肥 大 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
予約希望日時	① 年 月 日 () ② 年 月 日 ()
C@RNA予約	上部消化管内視鏡 年 月 日 () 時 分 予約済み 診察(結果説明) 年 月 日 () 時 分 予約済み
検査結果	検査後1週間程度で診察予約をお取りします。診察で結果説明となります。
特記事項・備考	