

FAX 0721-23-6953

ご記入いただきましたらこの申込用紙をFAXでお送りください。

FAX送信後、患者様にこの用紙(原本)をお渡しし、検査当日、必ずお持ちくださるようお願いいたします。

**PL病院 上部消化管内視鏡検査申込書 (診療情報提供書)**

※この用紙は診療情報提供書(紹介状)を兼ねています。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		電話番号	( ) -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	受診歴	有 ・ 無

貴医療機関名		電話番号	- -
貴院医師名	㊦	FAX番号	- -

下記の項目に☑または、必要事項を記入してください

❖ 検査 ❖	❖ 傷病名 ❖
<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(経口) → <input type="checkbox"/> セデーション希望(月曜不可) _____ ※付添い要、自転車・バイク・車の運転不可、です。 ご高齢の方で付添いができない方は相談ください。 患者様の安全のため、ご協力をお願いします。 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(経鼻)	<input type="checkbox"/> 家族歴・症状経過および検査結果・治療経過・現在の処方 ❖
❖ 胃透視 ❖ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→施行日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> PL病院 放射線科にて施行 →施行日： 年 月 日 ※検査日にフィルムがあれば持参してください。	❖ 抗血栓剤 ❖ <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用中： <input type="checkbox"/> 貴院 / <input type="checkbox"/> 他院 ↓使用中の場合はご記入ください 薬剤名： _____ 中止日： 検査日 _____ 日前より中止 薬剤名： _____ 中止日： 検査日 _____ 日前より中止
❖ 注射 ❖ <input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> グルカゴン⇒既往歴を必ずご記入ください。 <input type="checkbox"/> 指定なし	❖ 検査希望日 ❖ <input type="checkbox"/> 特になし ※胃内視鏡検査対応時間 … 金曜を除く、月～土曜日の午前
❖ 既往歴 ❖ <input type="checkbox"/> 既往歴なし <input type="checkbox"/> 既往歴あり ※既往歴ありの場合、以下の項目にも☑してください <input type="checkbox"/> 緑内障(□開放隅角 □閉塞隅角) <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 心疾患(または不整脈) <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 出血傾向 <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー 薬剤名： _____ <input type="checkbox"/> その他 _____	

