

千葉メディカルセンター 内視鏡検査用 診療情報提供書（紹介状）

年 月 日

千葉メディカルセンター
消化器内科

先生 御侍史

名称			
住所			
電話	FAX		
医師名		印	

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
患者氏名		生年 月日	年 月 日			
当院受診歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 当院の診察券番号：						
内視鏡検査 紹介目的 (傷病名)	<input type="checkbox"/> 便潜血陽性 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 検診異常 () <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 総胆管結石 <input type="checkbox"/> その他 ()					
内視鏡 の種類	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> EUS					
既往歴	<input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎・肝硬変 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他 ()					
病状経過□ 治療経過□ 検査結果						
内視鏡検査時 に注意が必要 な内服	<input type="checkbox"/> 糖尿病薬 () <input type="checkbox"/> 中止可 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 () <input type="checkbox"/> 中止可 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 () <input type="checkbox"/> 中止可 <input type="checkbox"/> 無し					
現在の処方 (上記除く)						
備考						