

診療情報提供書 (兼内視鏡検査依頼用紙)

送付先 石橋クリニック Fax 06 - 6618 - 1485

Tel 06 - 6618 - 1484

貴院名
主治医
電話番号
Fax 番号

患者氏名 _____ 男 女

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 月 日

住所 _____

電話番号 _____

該当する項目番号を で囲んで下さい。

【依頼内容】

- 1 . 上部消化管内視鏡検査 2 . 下部消化管内視鏡検査

【検査希望日】

第一希望 平成 年 月 日 緊急性 あり なし
第二希望 平成 年 月 日

【主訴・現病歴】

- 1 . 上腹部痛 2 . 下腹部痛 3 . 胸やけ 4 . 嚥下障害 5 . 嘔気・嘔吐
6 . 便通異常 7 . 便潜血反応陽性 8 . 腫瘍マーカー異常
9 . 体重減少 10 . 食欲不振 11 . 透視検査異常 12 . スクリーニング
13 . その他 ()

【既往歴】

- 1 . 高血圧 2 . 虚血性心疾患 3 . 不整脈 4 . 糖尿病 5 . 緑内障
6 . 前立腺肥大 7 . 腎不全透析中 8 . 脳血管障害

【投薬内容】

- 1 . 糖尿病薬・インスリン 2 . 降圧剤 3 . バイアスピリン
4 . パナルジン・ブラビックス 5 . ワーファリン 6 . その他