

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

ふりがな
患者氏名

男 ・ 女

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (才)

住所

電話番号 (自宅) (携帯)

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 令和 年 月 日 緊急性 あり ・ なし

第二希望 令和 年 月 日 緊急性がある場合具体的理由

()

【主訴・現病歴】

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

【ADL】

1. 自立 2. 車椅子 (家族付添い あり・なし) 付添いありの場合キーパーソンの電話番号

【認知】

1. あり (家族付添い あり・なし) 2. なし 付添いありの場合キーパーソンの電話番号