

# 消化管検査

|                          |                        |             |        |              |       |       |   |
|--------------------------|------------------------|-------------|--------|--------------|-------|-------|---|
| 紹介状（診療情報提供書）             |                        |             |        |              | 年     | 月     | 日 |
| 社会医療法人 彩樹 守口敬仁会病院        |                        |             |        |              | 先生    |       |   |
| 科                        |                        |             |        |              |       |       |   |
| 紹介元医療機関 名称               |                        |             |        |              |       |       |   |
| 住所                       |                        |             |        | 電話           |       |       |   |
| 医師 氏名                    |                        |             |        |              |       |       | ⑩ |
| フリガナ                     |                        | カルテ番号       | 性別     | 生年月日         |       |       |   |
| 患者氏名                     |                        |             | 男<br>女 | M T<br>S H R | 年 月 日 |       |   |
| 診療情報                     |                        |             |        |              |       |       |   |
| -----                    |                        |             |        |              |       |       |   |
| -----                    |                        |             |        |              |       |       |   |
| -----                    |                        |             |        |              |       |       |   |
| -----                    |                        |             |        |              |       |       |   |
| -----                    |                        |             |        |              |       |       |   |
| -----                    |                        |             |        |              |       |       |   |
| -----                    |                        |             |        |              |       |       |   |
| -----                    |                        |             |        |              |       |       |   |
| 感染症                      |                        | 採血日         | 年      | 日            | 未検    |       |   |
| HB ( + - )               |                        | HCV ( + - ) |        | W氏 ( + - )   |       |       |   |
| 既往                       | 胃切除 大腸切除 婦人科疾患 ( )     |             |        |              |       |       |   |
| 合併症                      | 糖尿病 心疾患 前立腺肥大症 緑内障 ( ) |             |        |              |       |       |   |
| 難聴                       | ある なし                  | 麻痺          | ある なし  | 嚥下難          |       | ある なし |   |
| 抗凝固剤の使用 ( )              |                        |             |        | ブスコパン        |       | 可 不可  |   |
| *中止日 月 日                 |                        |             |        | グルカゴン        |       | 可 不可  |   |
| 内視鏡歴                     | 上部                     | ある なし       | 下部     | ある なし        |       |       |   |
| 検査項目                     | 上部内視鏡検査                |             |        | 胃透視検査        |       |       |   |
|                          | 下部内視鏡検査                |             |        | 注腸透視検査       |       |       |   |
| *予約検査日                   |                        | 月           | 日      | 検査時間         |       | 時     | 分 |
| 検査日当日紹介状として 患者様にお渡しください。 |                        |             |        |              |       |       |   |