消化管検査

紹介状（診療情報提供書）		平成　　年　　月　　日			
社会医療法人　彩樹　守口敬仁会病院 科　　先　生					
紹介元医療機関　名称					
住　所		電　話			
医師　氏名					㊞
フリガナ	カルテ番号	性別	生年月日		
患者氏名		男 女	M　T S　H　年　月　日		
診療情報					
感染症　採血日　平成　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。					