**内視鏡検査依頼書兼診療情報提供書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 紹介先医療機関名： | 熊本市医師会熊本地域医療センター | 依頼日： | 年　 月 日 |
|  | 内視鏡部　担当医　殿 |
|  |  |  |
| 紹介元医療機関の名称： |  |
|  | 所在地： |  |
|  | 電話番号： |  | FAX： |  |
|  | 依頼医師氏名： |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名： |  | 殿 | 性別： |  |
| 患者住所： |  | 電話番号： |  |
| 生年月日： |  | 年　 |  | 月 |  | 日 | （ | 　）歳 | 職業： |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 検査日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 患者番号： |  |

|  |
| --- |
| **〈検査部位〉**[ ] 上部消化管内視鏡検査　　　　　　　　　　　　　　[ ] 超音波内視鏡検査　[ ] 下部消化管内視鏡検査　　　　　　　　　　　　　　[ ] その他（　　） |
| **〈臨床診断及び紹介目的〉**（症状経過　治療経過　検査結果　等） |
| **〈既往歴〉** | **〈現在の処方内容〉** |
| [ ] 薬物アレルギー（ |  | ） | ＊お薬手帳をお持ちでしたら、持参させて下さい。 |
| [ ] 高血圧 |  |
| [ ] 心疾患【[ ] 不整脈　[ ] 狭心症　[ ] 心筋梗塞　[ ] その他（ |  | ）】 |  |
| [ ] 緑内障 |  |
| [ ] 前立腺肥大 |  |
| [ ] 腎疾患【[ ] 透析中　[ ] その他（ |  | ）】 |  |
| [ ] 糖尿病 |  |
| [ ] 喘息【最終発作 |  | 】　かっこ |  |
| [ ] 肺疾患【[ ] 肺炎　[ ]  COPD　 [ ] その他（ |  | ） |  |
| [ ] 甲状腺疾患【[ ] 機能亢進症　[ ] 機能低下症　[ ] その他（ |  | ）】 |  |
| [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | ） |  |
| [ ] 手術歴（ |  | ） |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査受付直通（月～金 8:30～18:00 土 8:30～13:00） | 電話 096-366-1323 | Fax 096-363-3416  |
| 熊本市医師会　熊本地域医療センター（代表） | 電話 096-363-3311　 | Fax 096-362-0222  |