**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 |