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〉
☐薬物アレルギー（　　）
☐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　　】
☐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（　　）

〈現在の処方内容〉
＊お薬手帳をお持ちでしたら、持参させて下さい。

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