

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：

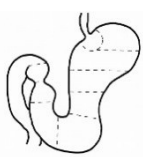
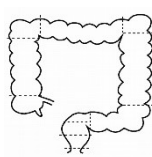
FAX：

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〉		
<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査		<input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査
		<input type="checkbox"/> 超音波内視鏡検査

〈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〉
<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 高血圧	
<input type="checkbox"/> 心疾患【 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他 ()】	
<input type="checkbox"/> 緑内障	
<input type="checkbox"/> 前立腺肥大	
<input type="checkbox"/> 腎疾患【 <input type="checkbox"/> 透析中 <input type="checkbox"/> その他 ()】	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	
<input type="checkbox"/> 喘息【最終発作 ()】	
<input type="checkbox"/> 肺疾患【 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> その他 ()】	
<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患【 <input type="checkbox"/> 機能亢進症 <input type="checkbox"/> 機能低下症 <input type="checkbox"/> その他 ()】	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 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