

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：

☐ 上部消化管内視鏡検査
 ☐ 下部消化管内視鏡検査
 ☐ 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 家族歴 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。 備考
--	---