

消化管検査

紹介状（診療情報提供書）		平成	年	月	日	
医療法人 彩樹 豊中緑ヶ丘病院						
科				先生		
紹介元医療機関 名称						
住所			電話			
医師 氏名 ⑩						
フリガナ		性別	生年月日			
患者氏名		男 女	M T	S H	年	月 日
診療情報						

感染症 採血日 平成 年 月 日 未検						
HB (+ -) HCV (+ -) W氏 (+ -)						
既往	胃切除 大腸切除 婦人科疾患 ()					
合併症	糖尿病 心疾患 前立腺肥大症 緑内障 ()					
難聴	ある なし	麻痺	ある なし	嚥下難	ある なし	
抗凝固剤の使用 ()				ブスコパン	可 不可	
* 中止日 月 日				グルカゴン	可 不可	
内視鏡歴	上部	ある なし	下部	ある なし		
検査項目	上部内視鏡検査			胃透視検査		
	下部内視鏡検査			注腸透視検査		
* 予約検査日	月	日	検査時間	時	分	
検査日当日紹介状として 患者様にお渡しください。						