

大崎市民病院FAX予約申込書 兼 診療情報提供書
FAX番号0229-24-3005

上部消化管内視鏡検査

地域医療連携室 直通TEL0229-23-9986

予約受付時間：平日 午前8:30～午後5:00（土・日・祝日・年末年始を除く）

受診希望日 ※当日不可	第1希望： 月 日 :	貴院の名称	
	第2希望： 月 日 :	所在地	
	<input type="checkbox"/> いつでも可	TEL	
紹介診療科	消化器内科	FAX	
医師名	ご担当先生	医師名 科 ㊞	
患者氏名	(ふりがな)	市民病院 受診歴（分院・診療所を含む）	
	様 (旧姓) ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不詳 (市民病院ID)	
性別	男・女	年齢	才
生年月日	(M・T・S・H・R) 年 月 日	電話	自宅 携帯
住所	〒		
紹介目的	上部消化管内視鏡検査によるスクリーニング		
傷病名	<input type="checkbox"/> 慢性胃炎疑い <input type="checkbox"/> ピロリ感染疑い <input type="checkbox"/> 胃がん検診二次検診		
主訴			
※ ①既往歴及び家族歴 ②症状経過 ③検査結果 ④治療経過 ⑤現在の処方			
【患者さんへ事前に確認を行ってください】			
① 過去に上部消化管内視鏡検査を受けて具合が悪くなったことがあるか： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
② 麻酔薬（キシロカイン等）を使用して具合が悪くなったことがあるか： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
③ 抗血栓薬内服の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 抗凝固薬（薬の名前：_____）） （ <input type="checkbox"/> 抗血小板（薬の名前：_____））			
④ 糖尿病薬内服または注射の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬の名前：_____）			

・この用紙は診療情報提供書（紹介状）として扱えます。

・診療情報提供書（紹介状）の原本は患者に交付し予約日に持参するようお願いいたします。