

FAX番号 048-665-6225

診療情報提供書(上部内視鏡検査予約用)FAX用紙

紹介先 彩の国東大宮メディカルセンター
 所在地 さいたま市北区土呂町1522
 TEL・FAX 048-665-6225(消化器内視鏡センター直通)

紹介医療機関名

所在地 〒

TEL

FAX

医師名

検査予定日 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒		TEL: 自宅 : 携帯	

※彩の国東大宮メディカルセンター受診歴 (有 ・ 無)

傷病名

紹介目的: 上部内視鏡を依頼

経過(症状、検査結果、治療、現在の処方など)

1. 感染症の有無: なし あり (HBs ・ HCV ・ 梅毒反応) 未検
2. 鎮痙剤使用: 可 選択し○をつけてください(ブスコパン・グルカゴン) 否
(心臓病<不整脈>・緑内障・前立腺肥大・糖尿病がある場合には否にしてください)
3. 抗凝固薬内服の有無: 内服していない 内服している
(抗凝固薬は、検査中、生検を行う可能性がある為、検査1週間前に中止してください)
4. 検査結果で継続治療が必要な場合(胃潰瘍など)
彩の国東大宮メディカルセンターで治療する 紹介元で治療する