

## 聖ヨゼフ病院 即日上部内視鏡検査依頼書

(診療情報提供書)

令和 年 月 日

貴医療機関名称

住所 〒 ( )

電話番号 — — F A X — —

先生のお名前 先生

聖ヨゼフ病院の受診歴：□有 □無 □不明

※ありましたら診察券番号をご記入下さい。

--	--	--	--	--	--

フリガナ		性別	生年月日		
氏名	様	男・女 (M) (F)	年	月	日
現住所	〒 ( )		電話	—	—
連絡先			電話	—	—

主保険	保険者番号						記号・番号						1. 本人
													2. 家族
併用保険	負担者番号						受給者番号						給付割合
	1											0割・1割・2割・3割	□併用無し
	2											( )	

<input checked="" type="checkbox"/> 上部 (食道・胃・十二指腸)	ピロリ菌検査歴
<input type="checkbox"/> 経鼻希望	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 除菌後 <input type="checkbox"/> 不明
医療情報(主訴、経過)	( )
心疾患：有り ( ) ・無し	
前立腺肥大：有り ( ) ・無し	
抗凝固剤・抗血小板剤の処方：有り ( ) ・無し	
中止する場合、検査前の休薬期間のご指示：休薬期間 ( ) 日間	
(抗凝固剤・抗血小板剤を中止しない場合は観察のみ行います。生検は行いません。)	
感染症のデータがありましたら ( 年 月 日)	
Hbs抗原： + / - HCV抗体： + / - W氏： + / -	

※ 降圧剤を使用している場合は、朝6時まで服用するようにご指示ください。

FAX：046-824-8076	地域連携室直通	電話：046-824-8071
------------------	---------	-----------------