

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 (歳)
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							()	

 上部 (食道・胃・十二指腸)

ピロリの検査・治療について

 経鼻希望

状態：□ABC検診BC群 □陽性 □陰性 □不明

医療情報(主訴、経過)

除菌治療して成功 除菌治療したが不成功あるいは結果検査不明

当院での検査の希望： 有 ・ 無

当院での除菌治療の希望： 有 ・ 無

心疾患： 有り () ・ 無し

前立腺肥大： 有り () ・ 無し 緑内障： 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時までに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