消化管検査

紹介状（診療情報提供書 ） 年 月 日					
社会医療法人彩樹　豊中敬仁会病院 科 先　生					
紹介元医療機関　名称					
住　所 電　話					
医師氏名 ㊞					
フリガナ	性別	生年月日			
患者氏名	男 女	M　S T　H 年 月 日			
診療情報					
感染症　採血日 年 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。					