有床診療所　はすいけクリニック　FAX:078-592-1635

平成　　年　　月　　日

内視鏡検査依頼書（診察情報提供書）

有床診療所　はすいけクリニック　御中

紹介医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先　TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿

お名前	ふりがな		性別	生年月日	
			男・女	明・大・昭・平　年　月　日(　才)	
住所	〒			電話番号	(　)
検査部位	☐ 上部　☐ 下部　**※同日に上下部行うことも可能です。**				
検査希望日	☐ 特になし　**※上部は初診当時検査可能です。下部はあらかじめ診察に来ていただく必要があります。**				
	第1希望	月　日	第2希望	月　日	
感染症（採血）	☐ 実施済み　☐ 実施未　**※実施されている場合は当日患者様にご持参頂くようお願いします**				
	HBs	☐ 無　☐ 有　☐ 不明			
	HCV	☐ 無　☐ 有　☐ 不明			
	Wa氏	☐ 無　☐ 有　☐ 不明			
既往歴	☐ 緑内障　☐ 甲状腺機能亢進症　☐ 心疾患　（ 疾患名:　）				
	☐ 前立腺肥大症　☐ 糖尿病　（ ☐ 内服有り　☐ インスリン使用　）				
	☐ 腎機能障害　（ 透析:　☐ 有　☐ 無 ）				
服薬状況	◆ 抗凝固・抗血小板薬				
	※中止可能な場合は、中止指示を頂けると幸いです。				
	（もし中止不能な場合は内服されているままでも検査は可能です。その旨をご指示ください）				
	☐ なし				
	☐ あり　（ 薬剤名:　中止指示　月　日より中止指示/　☐ 中止不可 ）				
	（ 薬剤名:　中止指示　月　日より中止指示/　☐ 中止不可 ）				

検査目的　（ 臨床診断、臨床症状等）

☐ 診療情報提供書参照

当院記入欄