

兵庫県立西宮病院

年 月 日

診療情報提供書(内視鏡依頼) 地域医療連携センター TEL 0798-34-5174

FAX 0798-34-4436

紹介医療機関			
医療機関名		医師名	
所在地	〒		
TEL		FAX	

患者情報							
フリガナ		体重	kg	性別	男・女	年齢	歳
患者氏名							
生年月日	年 月 日						
住所	〒						
TEL							
職業							
被保険者名		記号・番号					
保険者番号		公費受給者番号					
公費負担者番号		負担割合	割	本人・家族			
病名							
既往歴							
感染症の有無	無・HBV・HCV・STS・その他()						
妊娠の可能性	無・有	出血傾向	無・有()				
アレルギーの有無	無・有	腹部手術歴	無・有()				
心ペースメーカー	無・有	鎮痙薬	ブスコパン	可・否	グルカゴン	可・否	
鎮静薬	必要時のみ・可能性有・希望有・使用						
抗凝固薬・抗血小板薬服用	無・有・他医問い合わせ						
薬剤名	()		対象疾患 ()				
休薬	不可・指示(月 日より)・他医問い合わせ						

当院内視鏡時の抗凝固薬・抗血小板薬の取り扱いについては、別紙があります。

検査内容	
検査部位	上部消化管・大腸
主訴・現病歴・検査所見・詳細な検査目的部位等	