

紹介状

(胃カメラ検査依頼書)

令和 年 月 日

(診療情報提供書)

北播磨総合医療センター

担当医 先生

予約希望日 令和 年 月 日 ()

紹介元医療機関名及び所在地：※改行は「Altキー + Enterキー」

| | | |
|--------|-----|---|
| 担当医師名： | 科 | 印 |
| 電話番号： | () | - |
| FAX番号： | () | - |

| | | | | | | |
|---|--|-----|--|--|---|--|
| フリガナ | | 旧姓 | | 性別 | 生年月日 | |
| 患者氏名 | | 受診歴 | <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | <input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日 歳 | |
| 住所 〒 - | | | | | | |
| 自宅 () - | | | 連絡先 () - | | | |
| 主 保 険 | 保険者番号 | | <input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.家族 | 併 用 保 険 | 負担者番号 | |
| | 記号 | 番号 | | | 受給者番号 | |
| 来院方法 | <input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車いす <input type="radio"/> ストレッチャー その他特記事項 () | | | | | |
| 診 断 名 | | | 主 訴 | | | |
| ①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他 ※改行は「Altキー + Enterキー」 | | | | | | |
| 患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて (直接予約日変更時下記予約受付時間での対応となります) | | | <input type="radio"/> 承諾する | <input type="radio"/> 不承諾 | 不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は従来どおり紹介元を通しての変更をお願いします。 | |

以下の項目にチェックを入れてください。

※記載がない場合は、検査前に確認の連絡をさせていただくこともありますので、ご協力をお願いいたします。

| |
|---|
| 1. 抗凝固剤・抗血小板剤は休薬していますか？ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 使用していない (記載がない場合、いいえの場合は生検を施行できません) |
| 2. ブスコパンの使用は可能ですか？ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ |
| 3. 糖尿病薬、インスリンの休薬や減量を指示していますか？ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 使用していない |
| 4. 自動車・バイク・自転車など、検査当日には運転できないことを説明していますか？ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ (記載がない場合、いいえの場合は鎮静剤の使用ができません) |

北播磨総合医療センター 〒675-1392 兵庫県小野市市場町926-250 代表TEL 0794-88-8800

地域医療連携室 FAX番号 (0794) 62-9911

予約受付時間： 平日 9:00~18:30 土曜日 9:00~11:30