診療情報提供書（検査機器共同利用依頼用）　②内視鏡

紹介先医療機関名　**川崎協同病院**　川崎市川崎区桜本２丁目１－５　TEL044-299-4781

記入日　　年　　月　　日

紹介元医療機関名

住　　所　〒210-0833 神奈川県川崎市川崎区桜本２丁目４－９

電話番号 044-288-5320

※　判子や名刺でも結構です

医 師 名　　印

検査予約日時　　年　　月　　日　　時　　分

フリガナ

患者氏名　　男 ・ 女　　年　　月　　日 生

主訴および傷病名

臨床所見および検査目的

患者情報	**関係する部分に☑をお願いいたします。**
検査	◆鎮静剤利用　□希望する　□希望しない
■上部内視鏡 [画像+ﾚﾎﾟｰﾄ] □経口 □経鼻	◆既往歴 □不整脈　□心疾患　□脳血管障害　□糖尿病　□高血圧 □緑内障　□前立腺肥大　□その他(　　)
	◆薬のアレルギー　□なし　□あり(　　)
	◆抗血栓薬の有無(可能であれば処方内容を記載してください) □なし □あり…□単剤　□2 剤併用　□3 剤併用 (　　) ◆休薬の有無（休薬が必要な薬剤は別紙を参照してください） □なし □あり…いつ(　　／　　)から何を(　　) ※休薬が困難な場合はご相談ください。
結果返し方法	**画像の CD-R とレポートを後日配送いたします。** **変更の場合は☑してください。** □レポートのみ(CD-R 不要)　□画像を当日患者に渡す(レポートは後日です)

情報提供書は早めに FAX（044-266-1977）をお願いいたします。