

# 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 〒 \_\_\_\_\_

※ 判子や名刺でも結構です

電話番号 \_\_\_\_\_

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 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
■上部内視鏡 [画像+レポート]	◆既往歴 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻	◆薬のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり… <input type="checkbox"/> 単剤 <input type="checkbox"/> 2剤併用 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> レポートのみ(CD-R 不要) <input type="checkbox"/> 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。