

# 上部内視鏡検査(診療情報提供書)



東戸塚記念病院

【TEL/FAX】 **045-825-7970**

地域医療連携室

※先にFAXを送って頂いた後に、お電話下さい

平成 年 月 日

## 紹介元

(施設名)

(紹介医師名)

## 患者氏名

## 生年月日

(かた)

大正

昭和

平成

(氏名)

年

月

日

## 患者電話番号

## 傷病名

—

—

## 経過 (症状・検査結果・治療・現在の処方等)

## 抗血症板剤・凝固剤について

有

無

## 抗血症板剤・凝固剤の中止の可否

可能

不可能

有の場合 ⇒ 薬剤名 【

】 ※ 年 月 日 から中止可能

## ワーファリン服用の有無

有

無

有の場合 ⇒ PT-INR値 【

※予約日から1ヶ月以内

】  当院でPT-INR値検査希望

## アレルギーの有無

有

無

## ピロリ菌除菌歴

有

無

有の場合 ⇒ アルバ- 【

## 既往歴・手術歴

高血圧

糖尿病

喘息

COPD

緑内障

心疾患

前立腺肥大症

心臓ペースメーカー・植込型除細動器

脳梗塞

その他 【

】

## 検査希望日

### 第一希望日

### 第二希望日

### 第三希望日

月 日 ( )

月 日 ( )

月 日 ( )

※ 予約日時は【月・水・木 AM中】に限定させていただきます。

※ 消化器内科の予約枠・内視鏡検査の予約枠に限りがございますので、希望日に予約が取れない事があります。予めご了承下さい。

東戸塚記念病院 地域医療連携室

作成日：平成30年5月19日