



上部内視鏡検査予約申込書 (診療情報提供書)

令和 年 月 日

紹介先：県立広島病院	
〒734-8530 広島市南区宇品神田1丁目5-54 患者総合支援センター（地域連携室）	
TEL	082-252-6241
FAX	082-252-6240

紹介元医療機関	
所在地	
医療機関名	
氏名	⑧
TEL	
FAX	

紹介患者情報			
ふりがな		生年月日	大・昭・平・令
患者氏名		年月日	年 月 日 歳
当院診察券番号		性別	男 ・ 女
住所	〒		
電話番号	(9:00～17:00 に連絡可能な番号)		

※当院の診察券をお持ちの方、受診歴のある方につきましては「氏名」、「生年月日」、「診察券番号」の記入で結構です。
※診察券をご持参ください。

検査内容	<input type="checkbox"/> 通常内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 鎮静内視鏡検査		
<input checked="" type="checkbox"/> 印をつけてください			
傷病名・紹介目的・既往歴・症状経過・備考			
.....			
.....			
.....			
.....			
抗凝固薬・抗血小板薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(薬の内容)	
その他内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(薬の内容)	
抗コリン剤禁忘疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(疾患名)	
検査希望日時	① 月 日 () 時 分 ② 月 日 () 時 分 ③ いつでもよい		

◎鎮静内視鏡はミダゾラムを使用します。
◎降圧剤や抗痙攣剤、喘息治療薬を処方されている場合は、検査当日の朝6時頃に内服させてください。
◎検査当日は絶飲食(少量の水、お茶は飲んでもかまいません)で、午前8時30分頃に紹介患者受付/
① 初診受付で手続き後、**③** 番窓口にお越しください。

※診療情報提供内容は、当日に別途紹介状をいただける場合は簡素で結構です。