



ダウンロードできます



# 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	<b>082-252-6241</b>
FAX	<b>082-252-6240</b>

紹介元医療機関	
所在地	
医療機関名	
医師名	⑩
TEL	
FAX	

紹介患者情報							
ふりがな					生年月日	T・S・H・R	
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 ▼印をつけてください	<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
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)	
抗コリン剤禁忌疾患	<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。)にて来院していただくようお願いいたします。

※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。