

診療情報提供書・内視鏡検査依頼書

AC-09

令和 年 月 日

紹介元医療機関：

医療法人啓仁会 朝隈医院
朝隈 豊 殿

住 所：
T E L：
F A X：

主治医御氏名：

ふりがな		患者氏名： 男・女		保険者番号	
生年月日：T・S・H 年 月 日（ 才）		TEL： （※当日にご連絡がつくように携帯電話番号もご記入頂けましたら幸いです）		記号・番号	・
住所：〒				区 分	本人・家族
				公費負担者番号	
				公費受給者番号	
				負担割合	0割 1割 2割 3割

上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)のご依頼
胃痛・胸焼け バリウムで異常指摘 胃炎フォロー 胃潰瘍(疑い) 腫瘍マーカー高値

下部消化管内視鏡検査(大腸カメラ)のご依頼
便潜血陽性 便秘・下痢 大腸ポリープフォロー 血便精査 腫瘍マーカー高値

その他診療情報：

感染症	採血日 平成 年 月 日 ・ 未検 HBV (+ -)、 HCV (+ -)、 W氏 (+ -)				
既往・合併症	胃切除後 大腸切除後 婦人科疾患 糖尿病 維持透析中 心疾患 不整脈 緑内障 前立腺肥大症 他 ()				
難聴	なし・あり	麻痺	なし・あり	嚥下困難	なし・あり
抗血栓薬の服用	なし ・ あり ⇒服用されている抗血栓薬をすべてご記載ください。 () <input type="checkbox"/> 休薬可 ・ <input type="checkbox"/> 休薬不可				
内視鏡歴	胃カメラ： なし ・ あり		大腸カメラ： なし ・ あり		
ご依頼検査	胃カメラ検査		大腸カメラ検査		
ご希望日時	<ul style="list-style-type: none"> 特に希望はありません 曜日希望です 月 日 (第一希望) 月 日 (第二希望) 		胃カメラ検査は基本的に午前施行します。 大腸カメラ検査は基本的に午後施行します。		
ピロリ菌が検出された場合、除菌治療は	自院で行う		朝隈医院にまかせる		
備考					

医療法人啓仁会 朝隈医院

東大阪市小阪本町1-6-1

TEL 06-6721-7100 FAX 06-6721-7108