

**診療情報提供書 上部・下部 (内視鏡検査申込書)** 令和 年 月 日

紹介先：土谷総合病院	
診療科名	消化器内科
担当医名	内視鏡 担当医 先生
地域連携室 (紹介予約担当)	
TEL	082-243-9222
FAX	082-243-9223

紹介元医療機関	
所在地	
医療機関名	
氏名	
TEL	
FAX	

当院受診歴 なし 不明 あり (ID )

患者様情報	ふりがな		性別	生年月日											
	患者様氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)											
	住所	〒 —													
	TEL番号	① ( ) —						② ( ) —							
	保険者番号							公費番号①							
	記号							受給者番号							
	番号							公費番号②							
	続柄・負担	本人・家族 / 1割・3割						受給者番号							

主訴および傷病名・臨床経過・家族歴・既往歴  腹痛・吐下血・健診要精査・その他 ( ) ( 年 月 日 頃～  現在治療中の疾患 なし・心疾患・前立腺肥大症・緑内障・糖尿病 その他 ( )  特記すべき家族歴 なし・あり ( )  消化管疾患の既往 なし・あり ( ) 腹部手術歴                      なし・あり その他既往歴 ( )	感染症    なし・あり HBs抗原・HCV抗体・その他 ( )  薬物アレルギー    なし・あり ( )  喘息の既往    なし・あり
---	--

(臨床所見および検査目的、現在の処方、備考)	
血液検査・画像診断等の異常所見	なし・あり ( )
抗血小板剤・抗凝固剤・経口血糖降下薬・インスリン自己注射 (ありの場合 薬剤名・中止日)	なし・あり
生検の可否	
鎮静剤の希望	
その他連絡事項があればお書きください	

受診希望日	希望日 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 第一希望 月 日 ( ) 第二希望 月 日 ( ) ※予約後、病院へご連絡致します。食事や休薬の説明をお願いします。
-------	---