

聖ヨゼフ病院 即日下部内視鏡検査依頼書

(診療情報提供書)

令和 年 月 日

貴医療機関名称

住所 〒 ()

電話番号 — — F A X — —

先生のお名前 先生

聖ヨゼフ病院の受診歴：□有 □無 □不明

※ありましたら診察券番号をご記入下さい。

--	--	--	--	--	--

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女 (M) (F)	年 月 日 (歳)
現住所	〒 () 電話 — —		
連絡先	電話 — —		

主保険	保険者番号		記号・番号		1. 本人 2. 家族
併用保険	負担者番号		受給者番号		給付割合 0割・1割・2割・3割 ()
	1				
	2				□併用無し

 下部 (大腸・直腸)

医療情報(主訴、経過)

心疾患：有り () ・無し

前立腺肥大：有り () ・無し

緑内障：有り () ・無し

抗凝固剤・抗血小板剤の処方：有り () ・無し

中止する場合、検査前の休薬期間のご指示：休薬期間 () 日間

(抗凝固剤・抗血小板剤を中止しない場合は観察のみ行います。生検は行いません。)

感染症のデータがありましたら (年 月 日)

HBs抗原： + / - HCV抗体： + / - W氏： + / -

※ 検査前日の午後9時にラキソベロン1本と水200ml以上を内服するようにご指示下さい。

FAX：046-824-8076

地域連携室直通

電話：046-824-8071