

紹介状 (診療情報提供書・胃カメラ検査依頼書)

令和 年 月 日

北播磨総合医療センター

担当医 先生

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」

担当医師名:	科	印
電話番号:	()	-
FAX番号:	()	-
申込担当者:		

受診希望日 令和 年 月 日 ()

フリガナ		受診歴	性別	患者さん予約待ち状況	
氏名		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 貴医療機関にて外来待機中 <input type="radio"/> 貴医療機関に入院中 <input type="radio"/> 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち <input type="radio"/> その他 ()	
旧姓	※お分かりでしたらご記入をお願いします。			患者さん来院方法	
生年月日	<input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年	月	日	歳
住所	〒 -				
自宅	() -	連絡先	() -		
紹介目的	検査(胃カメラ)		患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて (直接予約日変更時でも下記予約受付時間での対応となります) <input type="radio"/> 承諾する <input type="radio"/> 不承諾 不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は、紹介元を通しての変更をお願いします。		
診断名			主訴		
①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他 ※改行は「Altキー + Enterキー」					

以下の項目にチェックを入れてください。

※記載がない場合は、検査前に確認の連絡をさせていただくこともありますので、ご協力をお願いいたします。

1. 抗凝固剤・抗血小板剤は休薬していますか？ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 使用していない
2. ブスコパンの使用は可能ですか？ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
3. 糖尿病薬、インスリンの休薬や減量を指示していますか？ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 使用していない
4. 自動車・バイク・自転車など、検査当日には運転できないことを説明していますか？ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ (記載がない場合、いいえの場合は鎮静剤の使用ができません)

※ FAX予約受付時間(月～金 9:00～18:30 土 9:00～11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です)

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)

令和6年4月改定