

# 診療情報提供書(上部消化管内視鏡検査 予約票)

(様式1-2)

令和 年 月 日

JA北海道厚生連帯広厚生病院  
 地域医療連携室 御中  
 〒080-0024  
 帯広市西14条南10丁目1番地  
**地域連携室直通 FAX (0155)65-0136**  
 地域連携室直通 TEL (0155)65-5080  
 代表 TEL(0155)65-0101 内線2111

依頼医師  
 住所  
 名称  
 医師氏名  
 電話  
 FAX

印

フリガナ				住所	
氏名	男・女				
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日( 才)	電話	( ) -	
受診希望科	・呼吸器内科 ・循環器内科 <b>・消化器内科</b> ・血液内科 ・脳神経内科 ・小児科 ・外科 ・整形外科 ・心臓血管外科 ・ <b>脳神経外科</b> ・精神科 ・耳鼻咽喉科 ・形成外科 ・産婦人科 ・皮膚科 ・泌尿器科 ・眼科 ・麻酔科 ・放射線科 ・総合診療科				
<b>上部消化管内視鏡検査</b>			・至急 ・一週間以内 ・ 月 日希望	厚生病院受診歴 有 無	
紹介目的	・治療      ・診断      ・手術 <b>・検査</b>				
主訴又は疾病名					
既往歴(検査含)及び家族歴					
病状経過 治療経過 現在の処方内容	≪検査目的≫  下記の患者は、通常の消化器内科へご紹介下さい ・吐下血の場合    ・腹痛がメインの場合    ・ワーファリン内服中				
患者の状態	・歩行可能      ・車椅子      ・ストレッチャー				
要望事項 留意事項等					

画像の持参の有無	1. CD-R	2. フィルム	3. CD-Rとフィルム	4. なし
----------	---------	---------	--------------	-------

入院の有無	1. 入院中	2. 施設入所中(施設名: )
-------	--------	-----------------