

**診療情報提供書・上部内視鏡検査依頼書**

フリガナ					
患者氏名		性別	男・女	検査希望日	年 月 日
生年月日	昭和・平成 年 月 日				
患者住所				検査時間	午前 時 分
電話番号				検査方法	経口・経鼻
ご紹介元医療機関名					
電話番号					
FAX番号					
ご依頼医師お名前					

紹介(検査)目的・現在の治療内容等

腹痛	嘔気	胸やけ	その他( )
フォローアップ(萎縮性胃炎、胃がん手術後、胃がん内視鏡治療後、潰瘍後)			

基礎疾患・既往歴

<input type="checkbox"/> 手術歴：有( ) 無 <input type="checkbox"/> 既往歴： 心疾患 高血圧 糖尿病 喘息 前立腺 緑内障 甲状腺 <input type="checkbox"/> ピロリ菌感染 除菌(未 成功 失敗) 陰性 未検 その他	<input type="checkbox"/> 抗血栓薬：有( ) 無 <input type="checkbox"/> 中止薬：有( ) 無 有りの場合(中止時期) <input type="checkbox"/> アレルギー：有( ) 無 <input type="checkbox"/> キシロカインアレルギー： 有 無
感染症の有無	有 無
(有の場合)HCV HBV TB 梅毒 MRSA 提出中 未検	

※上記チェック欄以外にありましたら、ご記入ください。

\* 特に糖尿病のお薬についてはご確認をお願いいたします。  
 \* 抗血栓薬1剤の場合には生検する場合がありますが、2剤内服中の場合には生検はせず、観察のみとなりますのでご了承ください。また、ワーファリン内服中の場合にも生検はせず、観察のみとさせていただきます。いずれも休薬は不要です。

【その他ご要望や特記事項】

※お薬は、お薬手帳か処方箋のコピーをお送りください。