

内視鏡検査申込書
兼
診療情報提供書(紹介元医師記入用)

紹介医療機関
独立行政法人地域医療機能推進機構横浜中央病院
地域ケアサービスセンター 地域医療連携室宛

FAX:045-681-9542

年 月 日

紹介元医療機関名			
医師名			
連絡先	TEL	FAX	
フリガナ 患者氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H	年 月 日	[歳]
病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 ピロリ菌除菌歴 (有 ・ 無) 経鼻内視鏡希望 (有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡		
検査目的 既往歴 症状経過 など			
鎮静希望	有 ・ 無 注意:鎮静希望有の場合は当日運転はできません。		
抗凝固薬 抗血栓薬 など 内服の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	〔 薬品名 〕	
検査希望日時	①第1希望 月 日 ②第2希望 月 日 ③いつでもよい		

※ご不明な点はTEL:045-681-9534(地域ケアサービスセンター 地域連携室直通)へお問い合わせください。