

# 診療情報提供書

(内視鏡検査用)

FAX : 06-6910-7141

貴院名： \_\_\_\_\_ 様  
先生ご氏名： \_\_\_\_\_ 先生  
Tel： \_\_\_\_\_ Fax： \_\_\_\_\_

ふりがな  
患者氏名： \_\_\_\_\_ 様 男・女  
生年月日： T・S・H 年 月 日 ( 才 )  
住所： 〒 \_\_\_\_\_  
Tel： (自宅) \_\_\_\_\_ / (携帯) \_\_\_\_\_  
(※当日ご連絡のつくよう携帯電話番号もご記入お願いします。)

## <保険情報>

保険者番号	_____	_____
記号・番号	_____	_____
被保険者	_____	続柄 _____
公費負担番号	_____	_____
受給者番号	_____	_____
負担率	( _____ )	割

該当項目にチェックをお願いします。

### 【申し込み検査】

- |                                |                                 |  |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 胃カメラ  | <input type="checkbox"/> 胃痛・胸焼け | <input type="checkbox"/> バリウムで異常指摘     | <input type="checkbox"/> 胃炎フォロー |
| <input type="checkbox"/> 大腸カメラ | <input type="checkbox"/> ピロリ菌陽性 | <input type="checkbox"/> 便秘            | <input type="checkbox"/> 下痢     |
|                                | <input type="checkbox"/> 便潜血陽性  | <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) | <input type="checkbox"/> 血便     |
|                                | <input type="checkbox"/> 腹部膨満   | <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                                 |

### ※鎮静剤・鎮痛剤の使用について

- 希望する (車運転での来院は控えるよう説明をお願いします)  
希望しない

### ※抗凝固薬の内服・休薬指導について

- 内服なし      休薬指示済      内服中 (観察のみ)

休薬期間につきましては、ホームページの「胃カメラ」または「大腸カメラ」の「抗血小板薬・抗凝固剤を内服中の方へ」を参照ください。  
<http://morinomiya-naishikyo.com/>

### 【検査希望日】

第1希望日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) : \_\_\_\_\_ ~  
第2希望日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) : \_\_\_\_\_ ~  
第3希望日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) : \_\_\_\_\_ ~

### 検査日

_____ 月 _____ 日 ( )
_____ : _____ ~

### 【結果・フォロー方針】

- 貴院で説明・治療  
 ふじたクリニックで説明→貴院で治療  
 ふじたクリニックで説明・治療

