診療情報提供書 （ 上部 ・下部 内視鏡検査予約用 ） FAX用紙

紹介先 ：**練馬総合病院　地域連携室**
所在地 ：練馬区旭丘1−24−1
TEL ：**03−5988−2309**
FAX ：**03−5988−2292**

検査予定日　　月　　日　　時　　分

紹介医療機関名
所在地 〒

TEL ：
FAX ：

医師名

フリガナ		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年　月　日（　歳）	男・女
患者氏名				
住所	〒	TEL	：自宅 ：携帯	

※ 練馬総合病院受診歴 （ 有 ・ 無 ）

公費負担者番号								
公費受給者番号								
公費負担者番号								
公費受給者番号								

保険者番号			
記号		番号	
被保険者との続柄	本人 ・ 家族		

傷病名

紹介目的: **上部 ・ 下部 内視鏡検査を依頼**

経過（症状、検査結果、治療、現在の処方等）

1. 感染症の有無:　□なし　□あり（ HBs ・ HCV ・ 梅毒反応 ）　□未検

2. 鎮痙剤（セスデン）使用 ： □可　□否

（ 心臓病＜不整脈＞・緑内障・前立腺肥大 がある場合は否にしてください ）

3. 抗凝固薬内服の有無 ： □内服していない　□内服している

（ 抗凝固薬は、検査中、生検を行う可能性がある為、検査1週間前に中止してください ）

4. 検査結果で治療が必要な場合（胃潰瘍など）

□紹介元で治療する　□練馬総合病院で治療する