

消化管造影検査申込書 兼 診療情報提供書 紹介元医師記入用)

紹介先医療機関

〒110-8645

東京都台東区東上野2-23-16

ライフ・イクステンション研究所附属 永寿総合病院

代表電話 03(3833)8381

地域医療連携室 03(3833)8897

FAX番号 03(3834)2351

紹介元医療機関

〒

住所

医療機関名

電話番号

FAX番号

フリガナ		明・大 昭・平	年 月 日	歳
患者氏名	殿			男・女
永寿総合病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	診察券番号：		

検査指示  にチェックして下さい

検査内容	<input type="checkbox"/> 上部消化管透視MDL	<input type="checkbox"/> 注腸BE
注射指示	<input type="checkbox"/> ブスコパン	<input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> 注射なし

臨床診断と検査目的：

検査予約日時	年 月 日 午前・午後 時 分
臨床診断名 【必須入力】	
臨床経過 および検査理由	

被験者チェックリスト(依頼医師が記入して下さい。)

①患者の状態	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
②感染症	<input type="checkbox"/> MRSA ( + - ) <input type="checkbox"/> ワ氏 ( + - ) <input type="checkbox"/> HB ( + - ) <input type="checkbox"/> その他 ( )