## 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				紹介元医療	<b>聚機</b> 関				
〒110−8645				Ŧ					
東京都台東区東上野2-23-16				住所	住所				
ライフ・エクステンション石	开究所付属 永寿総	洽病院		医療機関名					
代表電話	03(3833)8381								
地域医療連携室	03(3833)8897			電話番号					
FAX番号	03(3834)2351			FAX番号					
-11 18 1	1			1	ı				
フリガナ				- □明 □大					
患者氏名			殿	口昭 口平	年	月	日 男	・女	
W. D 201			<i>75</i> 4	□令					
永寿総合病院受診歴	□なし			診察券都	· 必旦。		•		
<b>水对松白州阮文彰座</b>				砂架牙值	<b>野万</b> 。				
検査指示:□にチ	ェックして下さい								
検査内容 検査内容	   □ 上部消化管	<b>ទ透視MDL</b>	□ 注腸E	) E					
(大型171 <del>分</del>			□ 任加口	DE					
\\\\ \\\\ \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	□ ブスコパン □ グルカゴン □ 注射なし								
注射指示	│ □ ブスコパン		□ グルカ	コゴン	□ 注	対なし			
臨床診断と検査目	的:								
	<u> </u>								
検査予約日時	年	月	目	午前 · <sup>左</sup>	F後	時	分		
臨床診断名									
【必須入力】									
<b>哈古奴温</b>									
臨床経過 および検査理由									
のより仮画程田									
Litina to a									
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		□ 歩行		車椅子 [	□ ストレッチ <sup>3</sup>	P—			
		☐ MRSA	( + -	. )					
②感染症		□ ワ氏	( + -	. )					
		HB	( + -	· )		`			
		□ その他	(			)			