

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・エクステンション研究所付属 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 ☐ 令	年 月 日	男・女
患者氏名	殿			
永寿総合病院受診歴	☐ なし ☐ 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	☐ 上部消化管透視MDL ☐ 注腸BE
注射指示	☐ ブスコパン ☐ グルカゴン ☐ 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	☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー
②感染症	☐ MRSA (+ -) ☐ ワ氏 (+ -) ☐ HB (+ -) ☐ その他 ()