

上部内視鏡検査申込書 兼 診療情報提供書 (他院医師記入用)

紹介医療機関

紹介元医療機関

〒110-8645

東京都台東区東上野 2-23-16

ライオン・イ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 03(3834)2351

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

臨床診断と検査目的：

検査予約日	実施日時	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分
臨床診断名 (必須)							
症状 および X線所見							

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"/> HCV (+ -) <input type="checkbox"/> HIV (+ -) <input type="checkbox"/> その他 ()						
③薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
④凝固剤使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬品名：() 休止日： 年 月 日 薬品名：() 休止日： 年 月 日 薬品名：() 休止日： 年 月 日						

※経鼻内視鏡検査を希望される際は、予約の際にお伝え下さい。