診療情報提供書【下部内視鏡検査用】

年　　月　　日

【紹介先医療機関】
イムス記念病院
内視鏡担当医　宛
東京都板橋区常盤台4-25-5
Tel 03-3932-9187　Fax　03-3550-2251

【紹介元医療機関】

フリガナ		生年月日	大正・昭和 平成・令和　年　月　日　歳
氏　名	様　男・女		
電話番号		予約日	月　日　:

依頼目的	□ 便潜血陽性　□ その他（　　）
既往歴	□心疾患はありますか　（　有　無　）
	□緑内障はありますか　（　有　無　）
	□前立腺肥大症はありますか　（　有　無　）
	□糖尿病はありますか　（　有　無　）
	□便秘症はありますか　（　有　無　）
	□高血圧症はありますか　（　有　無　）
	□薬剤アレルギーはありますか　（　有　無　）
	□鎮静剤（セデーション）希望しますか　（　有　無　） ※緑内障がある方は事前に当院眼科にて診察を行う場合がございます。
	□抗血小板剤・凝固剤を使用していますか　（　有　無　） ※薬剤名（　　） ※中止は可能ですか（　可能　不可　）中止日（　月　日より中止）
	□検査結果説明（培養検査・病理組織施行した場合）　（ 紹介元　イムス記念 ）
備考	

※紹介状が作成しましたら、事前に地域医療連携室（FAX：03-3550-2251）までお送りください。