

内視鏡検査予約申込書（診療情報提供書）

年 月 日

広島市立舟入市民病院 医療連携室 行		紹介元医療機関	
TEL	082-232-6123	所在地	
FAX	082-232-6125	医療機関名	
		医師名	
		TEL	
		FAX	

ふりがな		性別	大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
患者氏名		男・女	
住 所	〒 —		
電 話 9:00～17:00に 連絡可能な番号	続柄	名前	電話番号
			携帯・自宅・他（ ）
			携帯・自宅・他（ ）

検査内容 ☒ 印をつけてください	☐ 上部内視鏡検査	☐ 下部内視鏡検査
希 望 日	① 月 日（ ） ② 月 日（ ） ③ いつでもよい	

《傷病名・紹介目的・既往歴・症状経過・備考》（ ☐ 以下について別紙、紹介状をご参照ください）		
抗凝固薬・抗血小板薬	☐ 無 ☐ 有	（薬の内容）
その他内服薬	☐ 無 ☐ 有	（薬の内容）
抗コリン薬禁忌疾患	☐ 無 ☐ 有	（疾患名）

◎鎮静をご希望の場合、ミタゾラムまたはジアゼパムを使用します。

※ご記入いただいた個人情報は、医療の提供の目的にのみ利用します