

診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

金沢消化器内科・内視鏡クリニック野々市中央院

〒921-8821 石川県野々市市白山町 438 番地

TEL 076-259-0378 FAX 076-259-0385

〒

所在地 _____

医院名 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

医師名 _____ 印 _____

フリガナ 患者氏名	
患者住所	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 男・女
内視鏡検査 目的	<input type="checkbox"/> 便潜血陽性 <input type="checkbox"/> 貧血精査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値 <input type="checkbox"/> ヘリコバクター・ピロリ陽性 <input type="checkbox"/> 経過観察： <input type="checkbox"/> 萎縮性胃炎（ <input type="checkbox"/> 除菌済み） <input type="checkbox"/> 大腸ポリープ治療後 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍治療後（ ） <input type="checkbox"/> 検診異常（ ） <input type="checkbox"/> 自覚症状あり（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
内視鏡の種類	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 両方
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 大動脈瘤 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患（COPD） <input type="checkbox"/> 肝炎・肝硬変 <input type="checkbox"/> その他（ ）
内視鏡検査時 に注意が必要 な内服	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病薬（医薬品名： ） <input type="checkbox"/> 中止可 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬（医薬品名： ） <input type="checkbox"/> 中止可 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬（医薬品名： ） <input type="checkbox"/> 中止可 <input type="checkbox"/> その他の薬（医薬品名： ） <input type="checkbox"/> 中止可
その他	

