

内視鏡検査申込書(診療情報提供書)

西暦 年 月 日

西宮市立中央病院 地域医療連携室 宛

上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> (経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/>)
下部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/>
(所定の条件に該当しない方は検査前に外来受診が必要となります。)

医療機関名
所在地
紹介医 (印)
電話 () -
FAX () -

(検査希望日)

特になし	第1希望 月 日	第2希望 月 日	第3希望 月 日
------	----------	----------	----------

ふりがな	生年	M	T	S	H
患者氏名	月日				
様 男・女	歳				
患者住所 〒					
電話番号 ()					
当院受診歴の有無	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>		

感染症の有無	投薬状況			
HCV抗体 (+ ・ -)	MRSA (+ ・ -)	インスリン・血糖降下剤等の服用	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
HBS抗原 (+ ・ -)	Wa-R (+ ・ -)	血液凝固防止剤の服用	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
鎮静希望の有無	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>		

症状経過・検査結果・治療経過・現在の処方等

西宮市立中央病院 地域医療連携室

FAX (0798)67-4896

電話 (0798)64-1540

受付 月曜～金曜 午前9:00～午後7:00