

診療情報提供書

〒583-0872 大阪府羽曳野市はびきの2-8-1 TEL 072-958-1000

医療法人 春秋会 城山病院 消化器内科 担当医 侍史

1. 紹介元医療機関

医療機関名	
医師名	
住所	
電話番号	() -

2. 患者様情報

フリガナ	
氏名	
生年月日	
住所	
電話番号	

上部内視鏡検査依頼票

1. 検査目的

検査目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング
	<input type="checkbox"/> 定期フォローアップ
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー上昇精査
	<input type="checkbox"/> その他の目的 ()

2. 症状

<input type="checkbox"/> なし				
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 胸やけ症状	<input type="checkbox"/> 心窩部痛	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 貧血症状
	<input type="checkbox"/> 咳嗽	<input type="checkbox"/> 喉の違和感	<input type="checkbox"/> 黒色便	<input type="checkbox"/> 嘔気
	<input type="checkbox"/> 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> 胃もたれ	<input type="checkbox"/> その他()	

3. 基礎疾患

<input type="checkbox"/> なし				
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全
	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大症	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 (狭心症、心筋梗塞既往等)	
	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> その他()		

4. 抗凝固 抗血小板薬の有無

<input type="checkbox"/> なし				
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> アスピリン	<input type="checkbox"/> クロピドグレル	<input type="checkbox"/> シロスタゾール	
	<input type="checkbox"/> エパデール	<input type="checkbox"/> プラザキサ	<input type="checkbox"/> イグザレルト	<input type="checkbox"/> エリキュース
	<input type="checkbox"/> リクシアナ	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> その他()	

5. ヘリコバクター・ピロリ菌の有無

検査結果	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 除菌後	<input type="checkbox"/> 不明
今回ピロリ菌の検査を希望する	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	

6. 内視鏡検査後の結果説明

 自院で説明 当院で説明

7. 希望日時

・第一希望 (月 日) ・第二希望 (月 日)