

# 内視鏡依頼書 (診療情報提供書)

## 【紹介先】八尾市立病院

紹介元	医療機関名		TEL	
	医師名		FAX	
	所在地			

## 患者情報

フリガナ		性別	生年月日		年齢(歳)
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日生
住所	-				
TEL		携帯電話	[ ]		
八尾市立病院 受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	現在の状況	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 老健施設入所中

## 依頼内容

主訴又は病名					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部内視鏡※1 <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡※2		※1:下部内視鏡は、消化器内科の診察からとなります。 ※2:必ずご希望に添えるとは限りません。		
紹介科	内視鏡センター	医師名	医師		
予約希望日				都合の悪い日	
セデーション	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する※3 ※3:必ずご希望に添えるとは限りません。				
備考(時間等)	<input type="checkbox"/> 緊急				

## 診療情報

病状経過 検査結果 既往歴 家族歴 等					
------------------------------	--	--	--	--	--

## 問診 (わかる範囲で、必ず記載してください)

項目	チェック	項目	チェック
心臓疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	前立腺肥大症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
緑内障	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	キシロカインアレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	→有の場合 <input type="checkbox"/> 検査前服用中止	
抗凝固剤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

感染症
<b>B型肝炎ウイルス(HBV)</b>
<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 検査中
<b>C型肝炎ウイルス(HCV)</b>
<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 検査中
<b>梅毒(Wa)</b>
<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 検査中