

上部消化管内視鏡検査FAX申込書 兼 診療情報提供書

【紹介元医療機関】

〒070-8644
旭川市花咲町7丁目4048番
旭川医療センター 地域医療連携室 宛
FAX 0166-51-3160
TEL 0166-51-3161(代表)

住 所
名 称
主治医名

TEL ()
FAX ()

【受診者】

フリガナ		性 別
患 者 様 氏 名	様	男 ・ 女
生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日生	(歳)
住 所		電 話 () —
希望日時	① 年 月 日()曜日 時 分	第二希望日もお聞かせください 月 日()曜日 時 分
当院受診の有無	以前に旭川医療センターで診療を受けたことがありましたら教えてください。	
	ある (昭和・平成 年頃) 入院・外来	なし
診断名(必須)		
検査目的	(経鼻内視鏡検査も可能です。ご希望の場合は、経鼻希望とご記載ください)	

薬アレルギーの有無:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名: _____
障害の有無:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (四肢障害・視覚障害・聴覚障害・言語障害・排泄障害)
基礎疾患:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (緑内障・糖尿病・心疾患・前立腺肥大)
血糖降下剤:	<input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 服用している ※休薬指示については「胃カメラの検査を受けられる方へ」をご確認下さい
プロトンポンプ阻害剤:	<input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 服用している
抗凝固血小板薬:	<input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 服用している (薬名: _____) 2剤以上服用している場合、1剤中止の適否をご判断ください。(中止・継続) ※2剤以上内服継続でも検査は可能ですが、病理組織検査は施行できません。
妊 娠:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 可能有
感染症の有無:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(HBsAg・HCV・TPHA) <input type="checkbox"/> 未検
鎮痙剤使用:	ブスコパン <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 グルカゴンの使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

※ 説明書兼同意書の原本は検査当日患者さまに持参させてください。

※保険情報 (患者様のカルテを事前に作ることで受付時間の短縮を図ります)

保険者番号						
記 号						
番 号						
続 柄	本人 ・ 家族					
	労災・公務災害・自賠償・その他					

公費負担者 番 号						
公費負担 受給者番号						

公費負担者 番 号						
公費負担 受給者番号						

※ カルテの表紙のコピーでも結構です

※様式ダウンロード <http://www.asahikawa-mc.jp/profession/index.html>