

信州上田医療センター
 内視鏡室 宛
 FAX : 0268-22-2108
 TEL : 0268-22-1890(代表) 内線3251

上部消化管内視鏡検査申込書(情報提供書)

申込日: 年 月 日

受付No.

| | | | | | |
|--|-------------------|-----------------|-------------|---------|-------|
| 施設名 | | | 医師名 | | |
| 電話番号 | | | FAX番号 | | |
| フリガナ 患者氏名 | | | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 月 日 |
| 患者住所 | | | 患者TEL | | |
| 保 険 | 保険証番号 | ※保険証コピーもFAX願います | | | |
| 検査目的 | | | | | |
| 検査希望日 | 第1希望 | 年 月 日 | | | |
| | 第2希望 | 年 月 日 | | | |
| | 第3希望 | 年 月 日 | | | |
| | | いつでもよい | | | |
| 抗凝固剤・抗血小板剤 (1) 1剤のみ (2) 2剤以上 | | ワーファリン | あり (PT-INR値 |) ・ なし | |
| | | アスピリン | あり | ・ なし | |
| | | プロピットクス | あり | ・ なし | |
| | | パナルジン | あり | ・ なし | |
| | | アセタール | あり | ・ なし | |
| | | DOAC | あり(薬剤名 |) ・ なし | |
| その他 | | | | | |
| アスコピン筋注 | 可 ・ 否 | | | | |
| その他疾患の有無 | | | | | |
| 今後の診療 | 自施設で ・ 信州上田医療センター | | | | |
| 備考・要望事項 | | | | | |
| 内視鏡写真CD | 要 ・ 不要 | | | | |