

北大阪病院 検査予約依頼書 兼 診療情報提供書

紹介元医療機関

依頼日 年 月 日

貴医療機関名			
所在地			
TEL () - ()		FAX () - ()	
診療科	医師名 (フルネーム)		

検査内容

検査名	確認事項
<input type="checkbox"/> 上部内視鏡 (経口・鼻腔)	感染症検査 <input type="checkbox"/> 施行済 <input type="checkbox"/> 未 HBS() HCV() ガラス板法() TPHA() 前回検査 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日) <input type="checkbox"/> 無 抗凝固剤内服 <input type="checkbox"/> 有(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 無 該当する疾患名があればチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症
<input type="checkbox"/> 下部内視鏡	
<input type="checkbox"/> 胃透視造影	読影 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

患者情報

※ 当院受診歴 有 無
 ※ ADL 独歩 車椅子 ストレッチャー

フリガナ			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (男・女) (歳)	性別
患者氏名					
住所	〒 [][][][] - [][][][]		TEL () - ()		
保険者番号:	記号:	番号:			
公費負担番号:	公費受給者番号:				
有効期限:	負担割合:	割	本人	・ 家族	
病名					
病状経過 治療経過					
現在の処方					
要望事項 留意事項					