

# 上部消化管内視鏡検査依頼書

## 兼 診療情報提供書

社会医療法人財団 大和会

貴院さまの情報

武蔵村山病院

消化器科 内視鏡担当医師

医療機関名.....

検査(外来) 月 日( ) 時 分

医療連携室 TEL 042-566-3560

医師名.....<sup>Ⓔ</sup>

大和会 ID: \_\_\_\_\_

フリガナ			TEL	-	-
患者氏名		男女	生年月日	M T S H	年 月 日

現病歴・既往歴

検査目的 治療 (観察のみ 生検まで その他[ ])

検査部位 上部 (食道 胃 十二指腸)

\* 下部(大腸)は直接予約不可となりますので消化器科へご紹介をお願いします

\* 感染症のチェックをしてください。検査日： 年 月 日

項目		
STS 定性	<input type="checkbox"/> (-)	<input type="checkbox"/> (+)
HBs 抗原	<input type="checkbox"/> (-)	<input type="checkbox"/> (+)
HCV 抗体定性・定量	<input type="checkbox"/> (-)	<input type="checkbox"/> (+)
HBC 抗体半定量・定量	<input type="checkbox"/> (-)	<input type="checkbox"/> (+)
上記項目未施行	<input type="checkbox"/>	

処方

備考

お電話で内視鏡室にご予約後、早めに FAX をお送りください。検査結果や処方は別紙でも構いません。

医療連携室 FAX : 042-566-3451