

# 消化管検査

紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

社会医療法人 彩樹 なみはや消化器・内視鏡クリニック

消化器内科

先生

紹介元医療機関

医療機関名

医師 氏名

印

## 患者情報

フリガナ

性別

生年月日

患者氏名

男  
女

西暦  
SHR

年 月 日

検査依頼

上部のみ

下部のみ

上・下部

診療情報

既往歴

心疾患  
糖尿病

脳血管疾患  
腎不全・透析中

緑内障

前立腺肥大

ぜんそく

腹部手術歴

あり（胃・大腸・婦人科疾患・その他）

なし

抗血栓薬について

薬品名（ ） 休薬期間（ 月 日～中止）

薬品名（ ） 休薬期間（ 月 日～中止）

内視鏡歴

あり（守口敬仁会病院・なみはや消化器・内視鏡クリニック・その他）  
なし

予約検査日

月 日

予約時間

時 分

検査日当日紹介状として患者様にお渡しく下さい。