

診療情報提供書(内視鏡検査紹介状)

年 月 日

三好病院 宛

FAX:0798-67-4255

紹介先医療機関 医療法人 芳恵会 三好病院 兵庫県西宮市甲子園口北町24番9号 TEL(代) : 0798-67-3505 FAX(代) : 0798-67-4255				紹介元医療機関 名称 _____ 所在地 _____ TEL : _____ FAX : _____			
フリガナ				[大・昭・平・令]			
患者氏名		男 女		年 月 日生 (才)			
患者住所 (〒 -)							
						電話:	
検査日:(第1希望) 年 月 日 (第2希望) 年 月 日							
□上部【 経口・経鼻 】 □下部【 ショート・トータル 】							
ブスコパン(可・不可) グルカゴン(可・不可) 生検(可・不可)							
【感染症】 HBV(+・-) HCV(+・-) Wa(+・-) その他:							
【既往症】 高血圧(有・無) 心疾患(有・無) 糖尿病(有・無) 緑内障(有・無) 喘息(有・無) アレルギー性鼻炎(有・無) 前立腺肥大(有・無) その他 ()							
抗凝固剤服用(無・有:)							
薬剤アレルギー(無・有:)							
【傷病名】							
【検査目的】							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
保険		保険者番号		負担者番号			
		記号・番号		受給者番号			
		有効期限		有効期限			
		被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担割合・負担金			
		負担割合		患者さま状況		<input type="checkbox"/> 外来通院中	
		その他	<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他の公費			(<input type="checkbox"/> 待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅済み)	
						<input type="checkbox"/> 入院中	