**診療情報提供書(内視鏡部用)**

**東京慈恵会医科大学付属病院　内視鏡部**

**東京都港区西新橋3丁目19番18号**

**TEL:03-3433-1111****(大代表)**



平成　　　年　　　月　　　日

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭・平 |
| 患　者氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日( 歳) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼内容 | [ ] **上部内視鏡検査(食道・胃・十二指腸)** | [ ] **下部内視鏡検査(大腸・肛門)** | [ ] **上部内視鏡治療(食道・胃・十二指腸)** | [ ] **下部内視鏡治療(大腸・肛門)** |
| 経過など |  |
| 生検可否 | 　　　　　　　　　　　　　[ ] **可**[ ] **不可** |
| 既往歴(該当項目にチェック) | ◆既往歴　[ ] 特になし　　[ ] 緑内障　　[ ] 甲状腺機能亢進症　　[ ] 心疾患(疾患名：　　　　　　　　　　　 ) [ ] 前立腺肥大症　　[ ] 糖尿病([ ] 内服薬有　[ ] インスリン使用有)　　[ ] 腎機能障害(透析：[ ] 有　　[ ] 無)[ ] 喘息　　[ ] 悪性腫瘍(部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)◆妊娠の可能性([ ] なし　　[ ] 妊娠の可能性あり　　[ ] 現在妊娠中) |
| 手術歴 | [ ] なし　　　　[ ] あり(　　　　　年　　　　　　月に　　　(術式)：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 現在の処方薬 | 抗血液凝固薬抗血小板薬 | [ ] なし　　　[ ] あり(薬剤名：　　　　　　　　　)内視鏡検査または治療時における中止の可否(　可　・　否 )(備考：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| その他の薬 | [ ] なし[ ] ベンゾジアゼピン系(薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)[ ] 麻薬(薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　)[ ] その他(薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| その他確認事項 | ◆ADL：[ ] 全自立　　[ ] 一部介助・要介助→詳細：( )◆アレルギー：[ ] なし　[ ] あり(詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)◆禁則：[ ] なし　　　[ ] あり( ) |