**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**](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( ) | | | | |