

F A X 番号 03-5214-7699

電話番号 03-5214-7497

電話対応可能時間 8:30~18:00 (土・日・祝日除く)

年 月 日

東京通信病院 地域連携室あて

## 上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査依頼票（診療情報提供書）

上部消化管内視鏡の検査を下記のとおり依頼します。

|                       |              |
|-----------------------|--------------|
| (フリガナ)                | 紹介元          |
| 患者氏名.....様            | 医療機関名.....   |
| 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日    | 〒 -          |
| 性別 男・女 東京通信病院 来院歴 有・無 | 住所.....      |
| 電話番号 ( )              | 電話番号 ( )     |
| 東京通信病院 I D 番号         | F A X 番号 ( ) |
|                       | 御担当先生.....   |

検査予約月日： 年 月 日 ( )

検査予約時間： 午前・午後 時 分

※検査予約時間より30分前に病院1階右側の「紹介患者専用窓口」で受付をお願いします。

〔臨床診断〕

〔臨床経過及び検査目的〕

〔特記事項〕

感染症（有・無）※「有」の場合は、右欄に病名を記入してください。 [ ]

病名告知（済・未）

※下欄の確認をお願いします。（※紹介医療機関様）

| 【確認項目】                                  | 説明確認 | 同封確認 |
|---|------|------|
| ※「説明確認」及び「同封確認」欄に「○」を付けてください。           |      |      |
| 上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の説明書／同意書を基に患者さんへ説明を行った。 |      |      |
| 内視鏡検査時の鎮静剤使用の説明書／同意書を基に患者さんへ説明を行った。     |      |      |
| 問診票の説明を行った。                             |      |      |

※ 本検査は、自治体が無料で実施している胃がん検診ではありません。