

ご紹介患者様 診療情報提供書

御施設名 _____

患者様基本情報

患者氏名	様			
生年月日	大正・昭和・平成		年	月
希望検査	上部消化管内視鏡検査		下部消化管内視鏡検査	
検査目的	スクリーニング	症状原因検索	スクリーニング	症状原因検索
	ピロリ菌チェック	除菌前	便潜血陽性	肛門部病変
	経過観察	治療	経過観察	治療
その他のご指示				

患者様既往症(該当するものに ○ を付けてください。)

糖尿病	喘息・アレルギー
不整脈	緑内障
狭心症	甲状腺機能亢進症
心筋梗塞	前立腺疾患
脳梗塞	妊娠中
抗凝固治療中	その他

検査後指示(いずれかに してください。)

<input type="checkbox"/>	ご紹介元(貴院)にて結果説明。 (後日、内視鏡所見および病理結果を送付させていただきます。 お手数ですが病理結果を含めた検査結果をご説明の程宜しくお願い致します。)
<input type="checkbox"/>	阿部診療所にて結果説明。 (後日、内視鏡所見および病理結果を送付させていただきます。 当方にて病理結果を含めた検査結果を説明させていただきます。)

〒630-0257

奈良県生駒市元町 1-13-1 グリーンヒルいこま 4 階
医療法人 阿部診療所 阿部洋介 阿部邦昭

☎0743-74-7277

☎0743-75-5948
FAX