様式16

紹介元医療機関 → 公立西知多総合病院

【検査予約】

上部消化管内視鏡検査　予約申込･診療情報提供書(紹介状)

下記の方を紹介します。

紹介元医療機関名 （依頼医師名）	TEL（　　）　　FAX（　　）		
フリガナ		男 女	生年月日 大正　昭和　平成　令和 年　　月　　日
患者氏名	様		
患者連絡先電話番号			
傷病名･紹介目的	上部消化管内視鏡検査		
病状経過 及び 検査結果 並びに 治療経過 等	□ ←この様式を診療情報提供書として使用する場合はチェックして下さい。 （※この様式が紹介状の原本となりますので、患者さんに忘れずにお渡し下さい）		
既往歴	心疾患　不整脈　高血圧　糖尿病　緑内障　前立腺肥大症　喘息 その他（　　）		
アレルギー	アルコール　キシロカイン　その他（　　）		
ペースメーカー	あり　　なし		
内服薬	あり　　なし		
抗凝固薬 抗血小板剤	あり　（薬剤名：　　） なし ※検査当日の休薬説明（検査当日の休薬が無い場合は観察のみになる場合があります） 説明済み　　説明なし		

【予約希望日】

第一希望　　第二希望

月　　日(　　)　　月　　日(　　)　　□いつでも可　　その他：

※検査結果は7日～10日以内で郵送します。

FAX（0562)33－0010　　TEL（0562)33－9858

公立西知多総合病院　患者サポートセンター(PSC)　地域医療連携部門　直通

（令和8年9月版）