

## 胃カメラ検査依頼書&lt;診療情報提供書&gt;

平成 年 月 日

金沢社会保険病院 地域医療連携センター

TEL:076-253-5069

FAX:076-252-2369

紹介医療機関 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

ふりがな			生年月日			
氏名	男・女		M S	T H	年 月 日 ( 才 )	
住所	〒					
連絡先	TEL:		(氏名:		続柄:	)

臨床診断・病名					
主訴・経過・検査目的					

検査チェックリスト			
移動形態	歩行 ・ 車イス ・ ストレッチャー	生検	可 ・ 禁
鎮痙剤	ブスコパン ・ ゲルカゴン ・ なし	セルシン(1A10mg)	可( 1アンプル ・ 1/2アンプル ) ・ 禁

希望日	① 平成 年 月 日 ( ) いつでも良い場合は未記入でお願いします。
	② 平成 年 月 日 ( )

胃カメラは午前だけの検査です。