（様式１－d）

胃カメラ検査依頼書＜診療情報提供書＞

年　　月　　日

石川県金沢市沖町ハ-15
JCHO金沢病院　地域医療連携センター
TEL：076-253-5069（直通）
FAX：076-252-2369（直通）

紹介医療機関	
医師氏名	
TEL	
FAX	

ふりがな		性別	生年月日	（西暦） 年　月　日 （　才）
氏名		□ 男 □ 女		
住所	〒			
TEL		氏名		続柄

臨床診断・病名
主訴、経過、検査目的
術前休薬が必要な薬剤

検査チェックリスト	移動形態	□ 歩行　□ 車椅子　□ ストレッチャー	生検※	□ 可　□ 禁
	鎮痙剤	ブスコパン（　　）□ なし	セルシン（1A10mg）	□ 可（　　）□ 禁

※抗凝固剤や抗血小板薬の内服が1剤のみなら生検可能

希望日	第1希望	年　月　日（　）	特に希望日がない場合は、記入不要
	第2希望	年　月　日（　）	