様式２－２

診療情報提供書　兼　茨城県立中央病院

**上部**・**下部**内視鏡検査申込票（至急・通常）

（どちらかに○をつけて下さい）

　　　　　　　　　　　　　連

　　　　　　　　　　　　　　　　 申込日時　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **【紹介元医療機関】** | 【医療機関名】 | | |  | **【　ご紹介内容　】** |
| 傷　病　名：  (診　断)  各種検査等の欄、現在の処方箋を必ず記入して下さい。 |
| 【所在地】 | | |
| 【症状経過及び検査結果】              【治療経過】              【現在の処方】              【備　考】 |
| 【医師名】 | | |
|
| 【ＴＥＬ】 | | |
| 【ＦＡＸ】 | | |
| **【紹　介　患　者　情　報】** | （フリガナ） | | |
| 患者氏名： | | |
| 住　　所： | | |
| 生年月日：  明 大 昭 平 　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 性　　別： **男 ・ 女** | | 年 齢：　　　 歳 |
| 県立中央病院受診歴：  □無　□有の場合↓  【診療科名】  【中央病院ＩＤ№】 | | |
| 各　種　検　査　等 | * HBs-Ag：（＋・－）□ STS ：（＋・－） * HCV-Ab：（＋・－）□ TPHA：（＋・－） | |
| 出血傾向の有無：　無　・　有　・不明  使用可能な注射薬（可能な方に○）  ブスコパン（　　　）グルカゴン（　　　）  アレルギーの有無：無・有（抗原・疾患）  喘息の有無　　　： 無 ・ 有　・不明  抗凝固血小板療法： 無 ・ 有　・不明  緑内障　　　　　： 無 ・ 有　・不明  心疾患　　　　　： 無 ・ 有　・不明  前立腺肥大　　　： 無 ・ 有　・不明  妊娠　　　　　　： 無 ・ 有　・不明  糖尿病　　　　　： 無 ・ 有　・不明 | |
|
| 予約日程決定上の参考事項 |

【ご注意】（必要がある場合は続紙に記載して添付してください。）

※必要がある場合は画像診断フィルム・検査の記録を添付してください。

※県立中央病院の受診歴がある患者さんは、必ずその旨を記入してください（保険証番号は記載しなくて結構です）

※はじめて受診される患者さんは、受診前に新規登録をおこないます。

　総合カウンター②番（新患受付）にて手続きするよう指導してください。

※ご不明な点は、地域医療連携室にお問合せください。

　連絡先　　TEL：０２９６－７７－１１２１　内線２７０３

　　　　　　FAX：０２９６－７８－３５８９

**茨城県立中央病院**

**茨城県地域がんセンター**