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】

【所在地】

【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

【　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。

【症状経過及び検査結果】

【治療経過】

【現在の処方】

【備　考】

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