

# 診療情報提供書（胃・大腸内視鏡検査用）

記入日 年 月 日

紹介先医療機関名  
大島駅前クリニック 内視鏡担当医  
TEL:03-5626-3777/FAX:03-5626-3778

紹介元医療機関名  
担当医師  
電話番号

印

患者氏名 <small>ふりがな</small>	年	月	日生/	歳（男性・女性）
住所 〒	-			
電話（自宅）	（携帯）			

## 【依頼検査】

- 上部消化管内視鏡検査  
 下部消化管内視鏡検査

## 【上部消化管内視鏡検査紹介理由】

- 吐血・黒色便                       検診・ドックで異常                       胃炎・術後フォロー  
 ピロリ菌精査                       心窩部痛・胸やけ・腹部不快感                       腫瘍マーカー高値  
 その他 \_\_\_\_\_

## 【下部消化管内視鏡検査紹介理由】

- 下血・血便                       便潜血陽性                       腫瘍マーカー高値  
 便秘・下痢・腹部不快感                       排便時に鮮血付着  
 その他 \_\_\_\_\_

## 【既往歴】

- 心疾患                       糖尿病                       高血圧症  
 緑内障                       前立腺肥大症                       その他 \_\_\_\_\_

## 【その他】(任意でご記入ください)

※診察後に予約いたしますので、診療情報提供書をお持ちの上当院を受診いただくようご案内お願い致します。