

診療情報提供書（内視鏡検査・治療目的紹介用）

記入日 年 月 日

紹介先 亀戸内視鏡・胃腸内科クリニック 内視鏡担当医

ご紹介元 医師 (印)

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

【紹介目的】

上部消化管内視鏡検査(胃カメラ) 下部消化管内視鏡検査(大腸カメラ) 大腸ポリープ切除

【上部消化管内視鏡検査紹介理由】(胃カメラ目的のご紹介の際にご選択をお願いいたします)

有症状 → どのような _____ 検診・ドック異常 → どのような _____

ピロリ菌検査陽性 → 検査法 _____ 内視鏡フォロー → 疾患名 _____

その他 → 理由 _____

【下部消化管内視鏡検査紹介理由】(大腸カメラ目的のご紹介の際にご選択をお願いいたします)

便潜血検査陽性

便に血が混じる・血便 → どのような _____

下痢 → どのような _____ 便秘 → どのような _____

その他 → 理由 _____

【大腸ポリープ切除紹介理由】(大腸ポリープ切除目的のご紹介の際にご記載をお願いいたします)

いつ頃・どの医療機関で・何の検査で・どのような結果だったか (分かる範囲で結構です)

【その他の情報】(任意でのご記載をお願いしており、空欄でも結構です)

【内視鏡後の胃腸に関するフォロー方針】(その他の疾患のフォローはご紹介元でご継続頂きます)

内視鏡のみ紹介先でフォローし、投薬などは紹介元で行う

投薬も含めてしばらく紹介先でフォロー後、紹介元へお戻し (内視鏡フォローは紹介先で継続)

今後、胃腸に関しては内視鏡・投薬とも紹介先で継続フォロー

その他 → どのように _____