

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ます、空欄でも結構です)

【内視鏡後の胃腸についてのフォロー方針】(その他の疾患のフォローは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、胃腸については内視鏡・投薬とも紹介先で継続フォロー
- その他 → どのように _____