紹　介　状（経鼻嚥下内視鏡検査依頼）

Fax 61－1324　　年　月　日

名 張 市 立 病 院　　御中

紹介元医療機関
住　所
名　称
医師氏名　　㊞
電話番号

市立病院受診歴　有・無・不明

ふりがな 患者氏名　（男・女）		生年月日　T・S　H・R　年　月　日（　歳）	
患者住所		電話番号	
保 険 種 別	□社保（本人・家族）　□国保（本人・家族）　□高齢者　□労災　□自賠　□(　　)		
保 険 者 番 号		記号・番号	

疾　病　名	
□　経鼻嚥下内視鏡検査	
診療の状況・読影希望のポイント等	

既往歴　(該当するものの□にレ印をつけて、必要事項をご記入または○印をつけてください)

□　認知症（種類：アルツハイマー型　血管型　レビー小体型　前頭側頭型　若年性　その他）

□　誤嚥性肺炎（治療歴と対応医療機関：　　）

□　脳梗塞（部位：右　左　（詳細部位：　　））

□　神経・筋疾患（疾患名：　　）

□　頭頸部腫瘍　（疾患名：　　）

□　頭頸部外傷　（疾患名：　　）

□　その他特記すべき既往症

（　　）

特 記 事 項	（参考資料）

名張市立病院