

1. 経口型

2. 経鼻型

内視鏡検査依頼票 兼 診療情報提供書

検査番号

いずれか一方に○をつけてください

依頼元医療機関記入欄 記入日(申込日) 年 月 日

| | | | | | | | |
|--|-------|---|---|----------|---|-----|---|
| 内視鏡検査 予約日 | | 年 | 月 | 日()曜日 | 午前 | 時 | 分 |
| フリガナ | | | | | 依頼元医療機関名 | | |
| 患者氏名 | | | | | 医師名 | | |
| 生年月日 | T・S・H | 年 | 月 | 日(歳)男・女 | 電話番号 | | |
| 病名(診断名) | | | | | | | |
| 主訴及び経過等 | | | | | 患者情報 | | |
| | | | | | 心疾患() | 有・無 | |
| | | | | | 糖尿病 | 有・無 | |
| | | | | | 高血圧症 | 有・無 | |
| | | | | | 術後胃 | 有・無 | |
| | | | | | 抗凝固剤使用 (ワーファリン等) ※(有)の方 継続・中止(月 日~) | 有・無 | |
| | | | | | 抗血小板剤使用 (パナルジン、アスピリン等) ※(有)の方 継続・中止(月 日~) | 有・無 | |
| | | | | | 妊娠 | 有・無 | |
| | | | | | ・鼻 手術歴 | 有・無 | |
| | | | | | ・鼻 疾患 () | 有・無 | |
| | | | | | 各種検査結果 | | |
| 血圧が高値の場合、検査が実施できないことがあります。生検を要する場合でも、血圧が高い方、出血傾向のある方、抗凝固剤・抗血小板剤使用中の方は、実施できないこともあります。その他、薬剤アレルギー、または注意を必要とする疾患、症状のある方は記入してください。 | | | | | 感染症検査は不要です。 履歴のある方は記入して下さい。 | | |
| | | | | | HBs抗原 | - | + |
| | | | | | HCV抗体 | - | + |
| | | | | | 梅毒反応 | - | + |
| | | | | | HIV | - | + |

※ お薬手帳を当日持参させてください。