

上部・下部消化管内視鏡検査 依頼票

(ご希望の検査に、○印してください。両方でも可です。)

検査予約日：		年	月	日	()	：
フリガナ				性別	生年月日： T / S / H	
氏名				男・女	年	月 日 (歳)
検査目的・経過 (できる限り詳しく記載いただけますと、ありがたく存じます。)						
基礎疾患・併存疾患 (貴院で通院加療中の傷病名)						
・						
その他希望欄：						
検査前の問診：						
・若草第一病院で、内視鏡検査を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
・麻酔下での検査を希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない						
・抗血栓薬(抗凝固薬、抗血小板薬)の内服 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (薬剤名：)						
・ブスコパン使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
・グルカゴン使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
・出血傾向 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
・心臓ペースメーカー装着 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
・キシロカインアレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
・開腹手術歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
・ピロリ菌除菌歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明						

以下のいずれかのご希望を、必ずチェックしてください。

- 検査結果説明 (病理も含む) を、若草第一病院で行うことを希望します。
 検査結果説明 (病理も含む) は、当院で行います。

クリニック ・ 医院

ご依頼医師： 先生

〒

TEL： FAX：