

上部消化管内視鏡検査予約申込書 兼 診療情報提供書

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

フリガナ 患者氏名	性別	男・女	紹介元医療機関名 住所	
生年月日	年	月	日	歳
住所 〒			ご担当医 ⑩	
			TEL	
TEL	-	-	FAX	

※本申込書は検査のみの予約となります。検査前に診察が必要な場合を除き診療予約はお取りできません。
 ※本申込書では自治体を実施している胃がん検査は申込みできませんのでご注意ください。
 ※紹介胃カメラは予約時間が9:30検査(8:30来院)のみとなっております。
 ※結果は後日郵送させていただきます。

検査希望日 ※ご依頼日より一週間以降であれば、比較的希望に沿ったご予約がとれます。

<input type="checkbox"/> 希望なし	第1希望 月 日 ()	第2希望 月 日 ()
-------------------------------	--------------	--------------

検査方法

<input type="checkbox"/> 経口	
<input type="checkbox"/> 経鼻	▶ 抗血栓薬服用中の場合、一週間前からの休薬が必要です。休薬説明をお願いします。 休薬されていない場合、当日検査できない場合があります。
<input type="checkbox"/> 鎮静を希望	▶ 消化器内科の診察予約をとらせていただき、医師と直接検査日(別日)を決めて頂きます。

検査目的・症状

<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 嘔気	<input type="checkbox"/> 胸やけ
<input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> フォローアップ(萎縮性胃炎、胃がん手術後、胃がん内視鏡治療後、潰瘍後等)		

確認項目：基礎疾患・既往歴等

アレルギーの有無		
<input type="checkbox"/> キシロカインアレルギー	<input type="checkbox"/> アルコールアレルギー	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 手術歴あり ()	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症あり	<input type="checkbox"/> 緑内障あり
<input type="checkbox"/> 心疾患あり ()	<input type="checkbox"/> 出血傾向あり	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大あり
<input type="checkbox"/> 糖尿病あり (投薬 ・ 注射)	<input type="checkbox"/> ペースメーカーあり	<input type="checkbox"/> 高血圧あり
<input type="checkbox"/> 授乳中 ※経口カメラのみとなります	<input type="checkbox"/> その他 ()	

※妊娠中の方は検査できません

その他、医師に伝える特記事項あればご記入ください