

内視鏡検査依頼書

| | | | | | |
|-------|--------|---|---|---|-----------|
| 患者名 | (ふりがな) | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 歳 | 性別： 男 / 女 |
| 検査希望日 | ① | 月 | 日 | ② | 月 日 |

◎依頼される検査の種類に✓を入れ検査目的をご記入ください。

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 (<input type="checkbox"/> 細径希望) |
| <input type="checkbox"/> 鎮静上部内視鏡検査 (【チェックリスト】のご確認をお願いします。) <p style="margin-left: 20px;"> 全て該当すれば鎮静が可能です。□に✓をいれてください。 </p> <input type="checkbox"/> チェックリストの①～⑤の内容が全て該当する <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>【チェックリスト】</p> <p>①年齢20～75歳 ②慢性閉塞性肺疾患、在宅酸素などの重症の呼吸器疾患がない</p> <p>③認知症が無い ④付添いの方が来院可能 ⑤検査当日は車・バイク・自転車を運転しない</p> </div> <p>※該当しない項目がある場合は外来受診をお願いします。</p> |
| <p>検査目的 (臨床診断、現病歴、症状など)</p> <input type="checkbox"/> 別紙参照 |
| <p>内服薬 (該当するものに✓をいれてください)</p> <input type="checkbox"/> プロトンポンプ阻害剤 <input type="checkbox"/> 抗血栓薬 (<input type="checkbox"/> 中止可 (日間) ・ <input type="checkbox"/> 中止不可) <input type="checkbox"/> その他 () |