［紹介患者検査予約用］

消化管造影検査（上部）依頼書

(フリガナ)		年 齢
患 者 氏 名		

妊娠の可能性	□ なし □ あり 『あり』の場合 ： 検査日の考慮等について（ ）
既 往	□ 心疾患 □ 緑内障 □ 前立腺肥大症 □ 高血圧 □ 糖尿病 □ 褐色細胞腫 □ その他 （ ）
感 染 症	HBs（ ＋ ， － ， 未 ） Wa氏（ ＋ ， － ， 未 ） HCV（ ＋ ， － ， 未 ） その他（ ＋ ， － ， 未 ） その他 （ ）

依頼される検査に☑を入れ、検査目的をできるだけ詳しくご記入下さい。

上部消化管	□ 下咽頭	□ 経口的小腸
	□ 食道	
	□ 胃・十二指腸	
	□ 下咽頭 ～ 胃・十二指腸	

検査目的 （臨床診断, 現病歴, 臨床症状 等）

特記事項

※ 下部消化管造影検査は、検査予約を行っておりませんので、
外来診察の初診予約のシステムでご紹介下さい。

2017.6 改訂