

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"/> 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。）  全て該当すれば鎮静が可能です。□に✓をいれてください。 <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;"> <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 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（ ）