

上部消化管内視鏡検査 予約申込書

※ 時間外・休日の送信分につきましては、翌日(祝日除く)のご連絡となります

◀ 紹介患者情報 ▶

◀ 紹介元情報 ▶

<フリガナ>
患者氏名： _____ 様
生年月日：明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日
性別： 男性 ・ 女性

TEL 番号： _____
住所： 〒 _____

<フリガナ>
医療機関名： _____
所在地： 〒 _____
TEL 番号： _____
FAX 番号： _____

診療科： _____ 科

ご担当医師名： _____ (印)

◀ 検査日時 ▶

◀ 診断名(必須) ▶

月 日 () :

◀ 検査目的 ▶

◀ 事前確認事項 ▶

- 薬剤アレルギー： なし あり (薬剤名： _____)
- 障害： なし あり (四肢障害/視覚障害/聴覚障害/言語障害/排泄障害)
- 特定疾患： なし あり (緑内障/糖尿病/心疾患/前立腺肥大)
- 血糖降下剤： 服用していない 服用中
- 胃粘膜保護剤： 服用していない 服用中
- 抗凝固血小板薬： 服用していない
服用中 ⇒ 薬剤名： _____
※内服継続でも検査は可能ですが、病理組織検査は施行できません
- 妊娠： していない 妊娠中 可能性あり
- 採血(6ヶ月以内)： 検査済み _____ 月 _____ 日 (HBsAg / HCV / TPHA) ※結果を一緒に FAX して下さい
未検 ⇒ 検査当日、当院で採血希望 (早めの来院 + 待ち時間有り)
これから採血し、事前に結果を連携室に FAX する