

上部消化管内視鏡検査依頼票(診療情報提供書)

年 月 日

内視鏡検査担当 医師				住所	
				病院施設名	
希望日 ① 月 日(曜日)				医師名	
				TEL	
希望日 ② 月 日(曜日)				西尾市民病院	
				(ID)	
※鎮静剤を使用しての検査をご希望の場合は、 消化器内科にご紹介下さい。				生年月日	
フリガナ	性別	年齢	大昭平令 年 月 日		
受診者名	男・女	自宅:			
住所	携帯:				
<臨床情報> 依頼目的・主訴・既往歴・経過などできるだけ詳細にお願いします。 別紙にても可 既往歴(無 ・ 有)					
※ 検査を安全に行うため事前にチェックをお願いします。					
施行方法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経鼻	経鼻内視鏡をする際に、抗血小板剤・抗凝固薬の内服している方は鼻出血のリスクが高いため、経口内視鏡(鎮静にて)を行うことをお勧めします。		
心疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
不整脈	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
緑内障	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> アルコール	<input type="checkbox"/> キシロカイン	<input type="checkbox"/> その他()
抗血小板剤・抗凝固薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
抗血小板剤・抗凝固薬ありの場合	<input type="checkbox"/> 休薬可能 別紙にそって事前に休薬を願います。 <input type="checkbox"/> 休薬不能 検査当日は観察のみで、生検が必要な際は後日再検となる可能性があります。 (他院処方もご確認下さい)				
前立腺肥大	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠中	<input type="checkbox"/> 授乳中	<input type="checkbox"/> いずれもなし		