

上部消化管内視鏡検査予約申込書 兼 診療情報提供書

送信日：平成 年 月 日

医療法人社団史世会 町田胃腸病院 紹介元
 内視鏡センター 行 医療機関名
 TEL:042-726-6511(代表) 所在地
 FAX:042-721-0569(代表) 医師名

検査予約日	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分	※お電話にて決定した日時をご記入ください。
-------	------------------------	-----------------------

※内視鏡検査前に、感染症の血液検査がありますので予約時間の1時間前にご来院ください。

【患者様情報】

ふりがな		〒
患者様氏名	男 女	住所
生年月日	大・昭・平 年 月 日	TEL
当院受診歴	なし 有り (年 月頃)	

【予約内容】

傷病名	
主訴・検査目的	

※該当する項目に☑をつけてください。

【疾患の有無】

心疾患あり
緑内障あり
前立腺肥大症あり
甲状腺機能亢進あり
糖尿病あり
褐色細胞腫あり
出血傾向あり
キシロカインアレルギーあり
ヨードアレルギーあり
高血圧あり
該当疾患なし

【その他】

生検の可否 可 否
 抗凝固療法・抗血小板療法
あり なし
 ↓
 抗凝固・抗血小板療法の中止指示
あり なし
 ↓
 具体的に _____ を
 日 から
 日 まで中止を指示

【処方薬品】

薬品名：

【薬剤使用の可否】

プスコバン 可 否
 グルカゴン 可 否
 オピスタン 可 否
 硫酸アトロピン 可 否
 その他の禁忌薬

【当検査における】

生検の希望 あり なし
 ピロリ菌検査の希望 あり なし
 色素内視鏡の希望 あり なし
 画像結果の希望
写真 DVD 不要
 (DVDの場合費用が加算されます)

お電話で検査予定日時が決まりましたら、こちらの用紙をFAXして頂き、当日は患者様がお持ちになってください。

予約受付時間：月曜日～土曜日(木曜日を除く) 午前8時30分～午後5時30分
 木曜日 午前8時30分～午後1時

町田胃腸病院 内視鏡予約受付 TEL:042-726-6511(代表) FAX:042-721-0569(代表)