

# 下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) TEL/FAX  
 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。

※検査予約時間の20分前にご来院ください。

## 【患者様情報】

ふりがな		住所	〒
患者様氏名	男 女	TEL	
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】

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

## 【その他】

生検の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
抗凝固療法・抗血小板療法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
↓	
抗凝固・抗血小板療法の中止指示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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】

フスコパン	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
グルカゴン	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
オピスタン	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
硫酸アトロピン	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
その他の禁忌薬	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

## 【当検査における】

生検の希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
画像結果の希望	<input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> 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、検査事前の来院時、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)