

上部消化管内視鏡検査 依頼票

(宛先) 名市大西部医療センター

(地域医療連携センター) **FAX 番号 (052) 856-0049**

依頼日： 令和 年 月 日

医療機関名称 _____ 依頼医師名 _____ 先生

TEL _____ FAX _____

フリガナ	男 女	明治 大正 昭和 平成
患者氏名		年 月 日生
住所		
電話 () -		
西部医療センター受診歴	有 (ID 番号)	無
保険証	保険証番号	記号・番号
	前期・後期 高齢者医療 (保険者番号：)	受給者番号
公費		
【第一希望日： 月 日 () AM10時・10時半・どちらも可】		
【第二希望日： 月 日 () AM10時・10時半・どちらも可】		
チェックしてください。		
希望機種：	<input type="checkbox"/> 経口 (精密検査)	<input type="checkbox"/> 経鼻 (スクリーニング中心)
前投薬：	<input type="checkbox"/> ブスコパン	<input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> 投薬なし
抗凝固剤：	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 休薬あり <input type="checkbox"/> 休薬なし
既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 緑内障 (眼圧が高い) <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 心臓病・不整脈	

HBs抗原 陰性 ・ 陽性 (原則3ヶ月以内のもの)

HCV抗体 陰性 ・ 陽性

梅毒定性 陰性 ・ 陽性

※検査が未実施の場合は、検査前日までにFAXでご連絡ください。

※内視鏡検査の結果につきましては、画像写真とレポート (郵送) にてご報告いたします。