

明石市立市民病院 上部内視鏡検査申込書

年 月 日

FAX送信先:078-912-2362

《紹介元情報》

医療機関名		医師名	
住所	〒		
電話番号	() -	FAX番号	() -

《患者情報》

氏名	フリガナ	明石市立市民病院受診歴	有 ・ 無
	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 () 歳
住所	〒 () -		
予約希望日	第一希望	月 日	第二希望 月 日
	いつでもよい その他 ()		
チェック リスト (☑をお願いします)	希望のアプローチ (☐ 鼻腔) ※チェックが無い場合は、口腔からのアプローチとなります。		
	鎮静剤使用希望 (☐ あり) ※鎮静剤を使用する場合、ご自身でお車・バイク・自転車の運転はできません)		
	(抗凝固剤・抗血小板剤の使用について教えてください。)		
	☐ 無し ☐ 抗凝固剤・抗血小板剤内服中 ※2剤内服中の方は生検できません。		
	薬剤名 ()		
	☐ ワーファリン内服中(胃カメラ当日採血があります)		
	※検査前に採血をします。PT-INR3.0以上であれば生検できません。		
	キシロカインアレルギー (☐ あり ・ ☐ なし)		
心臓ペースメーカー (☐ あり ・ ☐ なし)			
シャント (☐ あり ・ ☐ なし)		埋め込み型電気刺激装置 (☐ あり ・ ☐ なし)	
認知症 (☐ あり ・ ☐ なし)		妊娠 (☐ あり ・ ☐ なし)	
移動方法 (☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー)			

※ 服薬等の状況をふまえ、施行医が生検を実施するか否かを判断させていただきます。
※ 抗血小板薬を2剤内服中の方へは生検を行っておりません。
※ 生検を実施した場合には、当院外来にて診察を受けていただくことを了承の上予約をお願いします。

臨床診断

検査目的

臨床経過