



# 内視鏡検査依頼書

東川口病院 地域連携課

TEL: 048-295-1001

FAX: 048-295-1450

貴院名

医師名

TEL:

FAX:

ふりがな

患者氏名:

TEL:

生年月日: T・S・H 年 月 日 性別: 男・女

↓ 該当項目にチェックをお願いします。

### 【検査内容】

### 【検査理由】

胃カメラ

胃痛・胸やけ

バリウムで異常指摘

胃炎フォロー

ピロリ菌陽性

その他 ( )

検査時間枠

9時~11時

※希望 (  経鼻 ・  経口 ・  指定なし )

大腸カメラ

便潜血陽性

腹部膨満

検査時間枠

14時~16時

便秘・

下痢

血便

その他 ( )

鎮静剤/鎮痛剤の使用	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
抗凝固剤の服用	<input type="checkbox"/> 服用あり ( <input type="checkbox"/> 1剤 / <input type="checkbox"/> 2剤 )	<input type="checkbox"/> 服用なし
服用理由	<input type="checkbox"/> 脳梗塞/心筋梗塞 (1年以内)	<input type="checkbox"/> 心房細動
	<input type="checkbox"/> 脳梗塞/心筋梗塞 (1年以上前)	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
抗凝固薬の休薬期間	<input type="checkbox"/> 上部 休薬の必要はありません	
	<input type="checkbox"/> 下部 検査当日のみ休薬 → <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	

### 【検査希望日】

第1希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時~

第2希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時~

第3希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時~

### 【結果/フォロー方針】

貴院で説明・治療

東川口病院で説明→貴院で治療

東川口病院で説明・治療