

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： 令和 年 月 日

医療法人社団史世会 町田胃腸病院
内視鏡センター 行
TEL:042-726-6511(代表)
FAX:042-721-0569(代表)

紹介元
医療機関名
所在地
TEL/FAX
医師名

検査予約日	令和 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	住所	
生年月日	大・昭・平・令 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】

フスコバン	<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)