

(A)内視鏡検査依頼書兼診療情報提供書

年 月 日

(内視鏡検査申込書)

虎の門病院

FAX 03-3560-7878

消化器内科

内視鏡担当 先生

* 必ずFAX及びTEL番号を御記入下さい。

〒

所在地

医療機関名

TEL

FAX

医師氏名

①FAX送信前に、電話で予約をお取り下さい。

②予約が取れた日時(検査日)をご記入ください

予約日 年 月 日 時 分

③この用紙に必要事項をご記入の上、FAXして下さい。

折り返し「検査の注意書き」をFAXいたします。

※医療券(難病等)をお持ちの方のみご記入下さい→

当検査の公費適用

(有・無)

虎の門病院受診歴	(有・無)	虎の門病院登録番号	-	-	-
----------	-------	-----------	---	---	---

フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日	男・女
患者氏名			平・令 (歳)	
住 所	〒		自宅TEL	
			日中連絡先	

上部消化管内視鏡検査	☐ 食道内視鏡	☐ 十二指腸乳頭部内視鏡
	☐ 胃内視鏡	
	☐ 十二指腸球部内視鏡	
下部消化管内視鏡検査 1泊2日入院しての検査 となります。	☐ 直腸内視鏡	☐ 上行結腸内視鏡
	☐ S状結腸内視鏡	☐ 回盲部結腸内視鏡
	☐ 下行結腸内視鏡	
	☐ 横行結腸内視鏡	

臨床診断

1) 検査の目的・検査に関する希望事項

2) 症状の経過・治療歴(薬剤、照射等)

★以下の項目について必ず記入してください

抗凝固剤・抗血小板療法の有無 (有・無・透析中)	
有りの場合は検査日の1週間前より服用を中止してください。、薬剤の名前 ()	
鎮痙剤の使用の可否	使用禁の場合の理由
ブスコパン(使用可・禁)	緑内障・前立腺肥大・狭心症・不整脈・重篤な心疾患・過敏症既往歴・その他 ()
グルカゴン(使用可・禁)	褐色細胞腫・妊婦・副作用の既往歴・その他 ()
鎮静剤の使用の可否(使用可・禁)	