

# 検査依頼書(診療情報提供書)

済生会千里病院

TEL 06-6871-0121

FAX 06-6871-5915

( 内視鏡検査・臨床検査 )

依頼日 年 月 日

患者氏名	ふりがな	性別	男・女*	生年月日	大正・昭和・平成・令和
					年 月 日 ( 歳 )
住所				電話	

ご紹介医療機関名	ご紹介医師名	ご紹介医療機関TEL・FAX
----------	--------	----------------

【診断名】(検査に関連した病名をご記入下さい。疑い病名でも結構です)

【主訴 現病歴 検査目的】

検査名: 検査予約日 年 月 日( ) 時 分

検査名: 検査予約日 年 月 日( ) 時 分

内視鏡	検査項目	※鎮静下での検査は実施できませんので、ご注意ください。(診察予約となります。)					
	<input type="checkbox"/> 食道・胃・十二指腸	( <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 )	・鼻を治療中、手術歴のある方は経鼻内視鏡は適応外となります ・内視鏡が鼻腔を通過しない場合、経口検査での対応となります				
	<input type="checkbox"/> 直腸・大腸						
	生検の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否					
	既往歴・現病歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	*有の場合は下記疾患名に○をして下さい。				
	・心疾患	・ペースメーカーまたはICD	・緑内障	・前立腺肥大	・脳梗塞	・高血圧	・糖尿病
	・アレルギー( )						
	・その他( )						
	鎮痙剤	<input type="checkbox"/> ブスコパン	<input type="checkbox"/> グルカゴン	<input type="checkbox"/> 不要			
	抗凝固剤	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 当日朝の休薬説明すみ <input type="checkbox"/> 休薬不可のため観察のみ ) ( プラザキサ リクシアナ イグザレルト エリキュース )				
糖尿病治療薬・インスリン	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	薬剤名( ) <input type="checkbox"/> 当日朝の休薬説明すみ				
他院で服薬中のお薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( 休薬の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )					

臨床検査科	超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 頸動脈
	心電図	<input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷試験		<input type="checkbox"/> ホルター		
	その他	<input type="checkbox"/> 脳波	<input type="checkbox"/> ABI(血圧脈波)	<input type="checkbox"/> VC・FVC(肺機能)		

\*1枚目はF a x 送信用兼検査依頼医療機関保管用、2枚目を患者さんにお渡し下さい。 ( F A X 送信用兼依頼医療機関保管用 )