

検査依頼書(診療情報提供書)

済生会千里病院

TEL 06-6871-0121

(内視鏡検査・臨床検査)

FAX 06-6871-5915

依頼日 年 月 日

患者氏名	ふりがな	性別	男・女*	生年月日	明治・大正・昭和・平成	
					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】						
*セデーション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)						
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	<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				
	合併症・既往	<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。 ・ペースメーカー ・心疾患 ・緑内障 ・前立腺肥大 ・脳梗塞 ・鼻の疾患 ・アレルギー ・肝硬変 ・キシロカインショック ・高血圧 ・糖尿病 ・高脂血症 ・その他、手術歴()				
		<input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> ミンクリア(上部のみ) <input type="checkbox"/> 不要 ※心疾患・緑内障・前立腺肥大がある方、80歳以上の方は、ブスコパン以外にチェックをお願いします。				
	休薬開始日	(/) 休薬期間の起算日は、検査前日からとして、休薬開始日を記入して下さい。				
	抗凝固剤	ワーファリン(3日間) プラザキサ(当日朝) リクシアナ(当日朝) イグザレルト(当日朝) エリキュース(当日朝)				
	抗血小板作用剤	プラビックス クロピドグレル錠 エパデール パナルジン ドルナー/プロサイリン コンプラビン配合錠 プレタール バファリン/バイアスピリン アンプラーグ コメリアン オパルモン ロコルナール ペルサンチン その他の特記事項()				
	抗凝固剤を休薬できない場合は生検不可、観察のみになります。抗血小板作用剤は休薬不要です。					
	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枚目と3枚目を患者さんにお渡し下さい。