

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

検査希望日 ① 月 日 AM・PM

検査希望日 ② 月 日 AM・PM

検査希望日 ③ 月 日 AM・PM

希望日を記入後FAX送信してください。

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)
					*妊娠中またはその可能性 (有・無)		
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IDC ・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						
	※心疾患・緑内障・前立腺肥大がある方は、ブスコパン以外にチェックをお願いします。 抗凝固剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 当日朝の休薬説明済み <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)						
	※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。 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"/> 当日朝の休薬説明済み						
	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)