

関西医科大学総合医療センター FAX(06)6993-9488
 上部消化管内視鏡検査紹介状兼申込書

平成 年 月 日

関西医科大学総合医療センター 医療機関名
 消化器肝臓内科 医師氏名
 内視鏡センター 宛 住所
 電話番号: FAX番号:

患者	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦			
	氏名 様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日 () 歳			
	関西医科大学総合医療センターの受診歴			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
患者住所	〒					
紹介目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 検診後精査 <input type="checkbox"/> その他()					
診断名	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 未診断					
感染症	<input type="checkbox"/> 検査済: HBs抗原(+,-) HCV抗体(+,-) 梅毒反応(+,-) <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明					
抗血栓薬 糖尿病薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 薬剤名()					
アレルギー	ヨード剤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	キシロカイン	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
前処置薬	鎮痙薬(ブスコパン)	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 不明		
	グルカゴン	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 不明		
特記事項	<input type="checkbox"/> 検査のみ希望 <input type="checkbox"/> 検査・結果説明希望 <input type="checkbox"/> 検査・結果説明・治療希望					
添付資料	①検査結果(有・無) ②画像フィルム(有・無) ③その他()					
検査希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望 平成 年 月 日()		経口内視鏡検査 <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> 第2希望 平成 年 月 日()		経鼻内視鏡検査 <input type="checkbox"/>			
鎮静(ミダゾラム)希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (経鼻検査は原則鎮静は行いません)						
患者さんが待機されている等FAX受診後直ちに予約日の連絡が必要ですか? <input type="checkbox"/> 必要						

洗浄機使用のため
感染症検査は不要

抗血栓薬の休薬は
不要。2種以上服用
時生検施行せず

結果説明希望時は
検査当日に外来予約

自転車・車運転で
の来院は避ける

経鼻挿入困難時は
経口に変更

1. 予約申込のFAX送信は平日8:30~20:00、土曜日9:00~13:00(検査希望日の前日は平日15:00、土曜日11:30まで)をお願いします。
2. 予約日の変更希望の場合は下記にご連絡ください。