

# 内視鏡検査依頼用紙

(医)友隣会 協立病院 TEL 072-844-5181

科	医師	確認事項	
外来 ・ F病棟		<b>感染症</b> Wa氏 (陰性 陽性 未施行 検査中) HBsAg (陰性 陽性 未施行 検査中) HCV (陰性 陽性 未施行 検査中)	
検査予定日 H 年 月 日 : AM、PM		<b>上部消化管検査の場合</b> 検査歴 (なし あり 前回 年月) 尿素呼気法 (陰性 陽性 未施行) HP生検法 (陰性 陽性 未施行) 除菌治療 (成功 失敗)	
カルテ番号:  氏名:   (男・女)  生年月日: M・T・S・H 年 月 日		<b>下部消化管検査の場合</b> 検査歴 (なし あり 前回 年月) 便潜血 (陰性 陽性 未施行 検査中) 慢性下痢 (なし あり) 便秘 (なし あり)	
臨床診断:		<b>禁忌</b> (なし あり)	
検査目的: スクリーニング・精査・経過観察		<b>特記事項</b> (なし あり)  <b>家族歴</b> 悪性疾患 (なし あり)  <b>循環器疾患</b> (なし あり)  <b>緑内障</b> (なし あり)  <b>前立腺疾患</b> (なし あり)	
検査中の薬剤、状態など		<b>糖尿病</b> (なし あり)  <b>アレルギー歴</b> キシロカイン (なし あり) その他 (なし あり) <b>出血傾向</b> (なし あり) <b>抗凝固剤服用</b> (なし あり) / から休薬 <b>生 検</b> (可能 不可)	
検査中のバイタル			
鎮静剤の使用を希望しますか? ( はい いいえ)          ご署名			