

内視鏡検査依頼用紙

友隣会メディカルケアクリニック
TEL 072-844-5181

科	医師	確認事項
外来 ・ F病棟		感染症 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		上部消化管検査の場合 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:		下部消化管検査の場合 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)
氏名:	(男・女)	
生年月日:	M・T・S・H 年 月 日	
臨床診断:		禁忌 (なし あり)
検査目的: スクリーニング・精査・経過観察		特記事項 (なし あり)
検査中の薬剤、状態など		家族歴 悪性疾患 (なし あり)
		循環器疾患 (なし あり)
		緑内障 (なし あり)
		前立腺疾患 (なし あり)
		糖尿病 (なし あり)
		アレルギー歴 キシロカイン (なし あり) その他 (なし あり)
		出血傾向 (なし あり)
		抗凝固剤服用 (なし あり)
		/ から休薬
		生 検 (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		