

□上部消化管(胃カメラ) □下部消化管(CF) 内視鏡検査・予約申込書

JA岐阜厚生連 東濃中部医療センター 東濃厚生病院  
地域医療総合連携室 行



紹介元医療機関名	
電話 ( )	FAX ( )
担当診療科	科 医師名

フリガナ		生年月日	大昭平令	年	月	日
氏名	(旧姓 : )	男	自宅	( )		
		女	携帯	( )		
住所	〒					

検査依頼目的									
検査希望年月日	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし		感 染 症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		検査日	年	月	日
	第1希望	年		月	日	ありの場合には結果をご記入下さい			
	第2希望	年		月	日	HBs抗原( )	HCV抗体( )	梅毒( )	

希望検査方法	CF		胃カメラ	
	<input type="checkbox"/> 鎮静あり	<input type="checkbox"/> 鎮静なし	<input type="checkbox"/> 経口(鎮静なし)	<input type="checkbox"/> 経鼻(鎮静なし)
	<input type="checkbox"/> 鎮静あり	<input type="checkbox"/> 鎮静なし	<input type="checkbox"/> 経口(鎮静あり)	

ピロリ菌検査の希望(胃カメラのみ) あり なし

COVID-19罹患歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	罹患年月	年	日	* COVID-19罹患後の内視鏡検査は、発症日から最低でも4週間空けて実施しています。
-------------	---	------	---	---	--

受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	* 鎮静剤使用の場合には検査後2時間の安静とご帰宅時の運転の禁止が必須となります。
-----	---	---

検査結果を確認する医療機関の希望	<input type="checkbox"/> 紹介元病院 <input type="checkbox"/> 東濃厚生病院	* 経鼻はスクリーニングのみとしています。(詳細検査を要する際は経口から再検することがあります。)
------------------	--	---

内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

【ありの場合】内容をご記入ください。(貴院以外も含めたすべての内服薬)

※当院では、原則抗血栓薬の内服継続下で内視鏡検査を実施しております。状況把握のため、ご記入をお願いします。  
ポリープの大きさや、内服薬の内容によっては当日切除しない場合もあります。  
※当日の受診時には保険証・福祉医療受給者証(該当者)・紹介状を必ずお持ちください。