

□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	電話	()
		女	番号	()
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
	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"/> 経口(鎮静なし) <input type="checkbox"/> 経鼻(鎮静なし)
	<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	* 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。
	罹患年月: 年 月	

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"/> 紹介元医療機関 <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	ワーファリン <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。
※ワーファリン内服中の場合は血液検査後、内視鏡検査を行います。患者様へご説明をお願いします。