

上部消化管内視鏡検査依頼書(診療情報提供書)

紹介先医療機関

安曇野赤十字病院 内視鏡担当医 宛

紹介元医療機関

医師

印

患者氏名 _____ 性別 男・女 生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____ 電話番号 _____

【検査目的】

- スクリーニング
- 胃瘻交換(※当院初回の場合 キットの種類: _____ キットのサイズ _____)
- その他 (目的: _____)

【問診】患者さんに問診していただき記載をお願いします。

*胃カメラの検査は 初めて 2回目以上

*希望されるスコープ 経口内視鏡(通常) 経口内視鏡(経鼻用の細径)
 経鼻内視鏡

※検査内容によっては必ずしも希望に添えないことがあります。

*該当するところにチェックをお願いします。

- ブスコパン使用 可 不可 不明
- グルカゴン使用 可 不可 不明
- 生検 可 不可 不明
- 鎮静希望 あり なし(※鎮静の際は終日ご本人による車の運転は禁止です。)
- タトゥー あり なし 不明
- 抗血小板薬・抗凝固薬の内服 あり 薬剤名(_____)
なし 不明
- 糖尿病薬の内服や注射 あり
なし 不明

【特記事項】注意事項や要望などございましたらご記載をお願いします。

(_____)

安曇野赤十字病院 地域医療連携課 0263-72-9349 へFAX送信をお願いします。