内視鏡依頼伝票

(内視鏡)

患者ID

氏　名　　殿

生年月日

性　別

申込医師

1．食道・胃・十二指腸内視鏡
2．大腸内視鏡
3．ＰＥＧ
4．気管支内視鏡
5．超音波内視鏡（食道・胃、十二指腸）
6．ＥＲＣＰ

臨床病名	前回検査年月日
備考	

●抗凝固剤使用の有無と中止期間（有）（無）

薬剤名	

●感染症検査
- 実　施　　年　　月　　日
- 未実施

●注射薬

セスデン　☐可　☐禁　　グルカゴン　☐可　☐禁

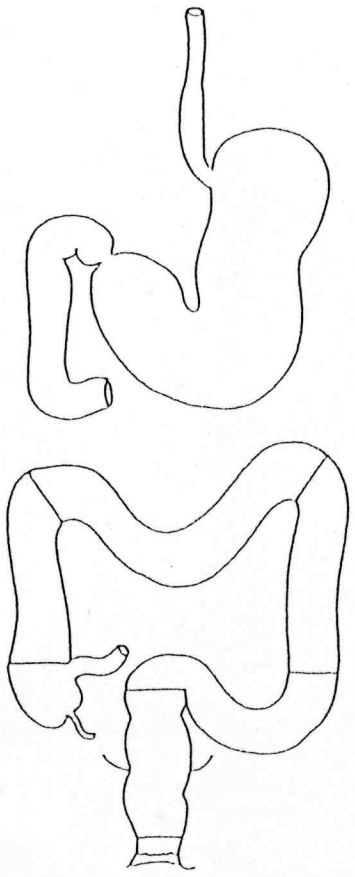
●キシロカインアレルギーの有無
☐有　☐無

●セスデン禁忌となる疾患の有無
☐緑内障　☐高血圧
☐心疾患　☐前立腺肥大
☐不整脈　☐甲状腺疾患

※必ず記入して下さい

ＨＢｓ抗原（　　）	ワ　氏　（　　）
ＨＣＶ抗体（　　）	ＨＩＶ抗体（　　）

所　見



生検　有　無　診断名

実施日　　年　　月　　日

検査医	

小張総合病院