

(内視鏡)

内視鏡依頼伝票

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(食堂・胃・十二指腸)
6. ERCP

臨床病名 _____

備考 前回検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

●抗凝固剤使用の有無と中止期間(有・無) _____

薬剤名 _____

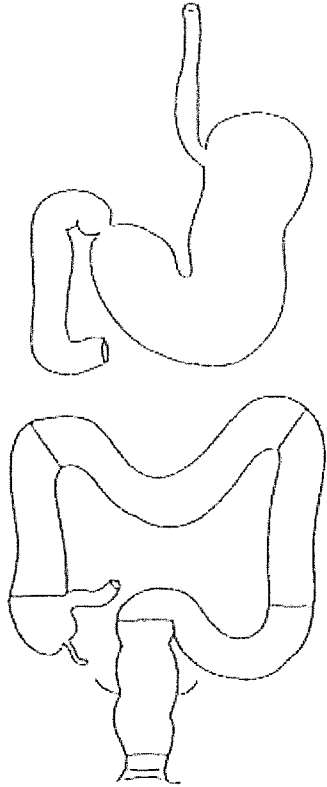
●感染症検査(実施・未実施) _____

- 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家族の有無
 - 緑内障 高血圧
 - 心疾患 前立腺肥大
 - 不整脈 甲状腺疾患

※必ず記入してください

検査日	HBs	HCV	ワ氏	HIV
年 月 日	抗原	抗体		抗体

所見



生検 有 _____

無 _____

診断名 _____

実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査医 _____