

山下消化器内科

胃内視鏡検査予約依頼書

令和 年 月 日

※ご記入またはチェック☑を入れてください。

ご依頼医療機関名：

検査希望日 あり なし

主治医先生ご氏名：

ありの場合 第1希望： 月 日 時頃

電話番号：

第2希望： 月 日 時頃

FAX番号：

※2週間先までの予約状況はホームページをご覧ください

次の点をご確認の上、ご予約をお願いします。

※検査当日、ご自身での車・バイク・自転車等の運転は不可です。

※当院は原則経鼻内視鏡です。（経口を希望される方はご相談ください）

患者様情報

フリガナ								性別	大・昭・平 () 歳		
氏名								男・女	年 月 日生		
住所	〒							電話番号	- -		
								携帯電話	- -		
保険証番号	記号							番号			
	保険者番号						区分	本 ・ 家			
公費負担	負担者番号										
	受給者番号						患者負担	1割 ・ 2割 ・ 3割			
70歳以上	限度額適用・標準負担額減額認定証							無 ・ 有 (I ・ II)			

質問事項	回答欄
① 信仰上の理由（例：エホバ等）などから輸血や血液製剤を拒否しますか。	<input type="checkbox"/> 拒否する <input type="checkbox"/> 拒否しない
② 現在妊娠中、あるいは妊娠している可能性はありますか。または、授乳中ですか。（妊娠中の方は当院では検査できません。）	<input type="checkbox"/> 妊娠中(可能性ありも含む) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ
③ 現在透析治療はされていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 現在服用中のお薬はありますか。（他の医療機関での処方も含む。）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ ④で「はい」の方は、他の医療機関での処方内容も含め、お薬のお名前を全てご記入ください。	
※その中で抗血栓薬や抗凝固薬がありましたら、薬剤名と休薬可能期間をご記入ください。	
薬剤名：	
休薬可能期間： <input type="checkbox"/> 休薬不可 <input type="checkbox"/> 検査当日のみ休薬 <input type="checkbox"/> その他（休薬期間： 月 日～ 月 日）	
⑥ 17歳の方、80歳以上の方→ご家族等のお付き添いは可能ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 同時に腹部エコーのご希望はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 左下横向き、膝を曲げた姿勢で30分程度寝ころべますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 上下に首が動きますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 検査する先生のご指定はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ () 先生