

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： 第1希望： 月 日 ( ) 時頃  
電話番号： 第2希望： 月 日 ( ) 時頃  
FAX番号： 第3希望： 月 日 ( ) 時頃

次の点をご確認の上、ご予約をお願いします。

※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

※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 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
② 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
③ 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
④ ③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。 <input type="checkbox"/> 別紙参照あり	
※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)	
⑤ 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
⑥ 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
⑦ 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
⑧ 上下に首が動きますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 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