

内視鏡検査紹介申し込み用紙(院外用)

(別紙1)

※お手数ですが、以下の項目についてご教示お願いいたします。なお、項目の左側「●」および「△」の印は以下の通りです。

●：医師が必ず直接記載してください。薬剤変更等についての同意の可否と判断させていただきます。

△：医師以外（患者様本人や家族、コメディカルの方）でも記載可。正確な情報をお願いします。

△ 担当科	
● 紹介医氏名	印
△ 患者様氏名	様
△ 年齢・性別	()才 □男 □女
● 検査内容(複数可)	□上部内視鏡 ・ □下部内視鏡 ・ □それ以外
● 内視鏡検査目的	胃の二次検診でしょうか。 □はい ・ □いいえ
	便潜血陽性でしょうか。 □はい ・ □いいえ
	その他の理由 _____
● 塞栓症高危険度は？別紙2のTable6に該当するでしょうか？	□する ・ □しない
● 抗凝固薬内服	□なし □ありの場合薬剤名、用量 検査、処置前後に変更は可能でしょうか？ □可能 ・ □不可能
● 抗血小板薬内服	□なし □ありの場合薬剤名、用量 検査、処置前後に変更は可能でしょうか？ □可能 ・ □不可能
△ その他の内服薬 (他院処方も含め)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 4em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p style="margin: 0;">※処方箋等添付いただいても結構です。</p> </div> <div style="font-size: 4em; margin-left: 10px;">}</div> </div>
● 鎮痙剤	抗コリン薬(ブスコパン等) □可能 ・ □不可能
	グルカゴン □可能 ・ □不可能
△ 基礎疾患・既往歴	心臓疾患 □あり □なし 疾患名()
	脳血管疾患 □あり □なし 疾患名()
	悪性新生物 □あり □なし 疾患名()
	肝臓疾患 □あり □なし 疾患名()
	緑内障 □あり □なし
	前立腺肥大(男性のみ) □あり □なし
	糖尿病 □あり □なし
	妊娠の可能性(女性のみ) □あり □なし
	麻酔(歯科治療など)のアレルギー □あり □なし
	注射、内服薬のアレルギー □あり □なし
	その他の疾患、既往など _____
△ 嗜好	アルコール(過去の摂取も含め) □飲む ・ □飲まない
	飲む場合 アルコールの種類 _____
	1日摂取量 _____
	継続年数 _____
	喫煙(過去含め) □吸う ・ □吸わない
	吸う場合 1日の本数: 本 _____
	継続年数: 年 _____
● 生検結果説明	□紹介医が行う ・ □消化器科に一任