

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査依頼書

西暦 年 月 日

送信先 FAX 番号：086-263-2587

<依頼医療機関>

受付時間：終日（夜間休日の場合、確認は翌営業日
になります）

住所：

独立行政法人労働者健康安全機構

名称：

岡山ろうさい病院 地域連携室

医師氏名：

〒702-8055 岡山県岡山市南区築港緑町 1-10-25

TEL：

FAX：

フリガナ				住所：〒	—				
患者氏名									
生年月日	西暦	年	月	日	(満 歳)	性別	男	・	女
当院受診歴				電話番号：					
保険者番号			公費	負担者番号					
記号・番号				受給者番号					
検査目的									
抗血栓薬の有無	<input type="checkbox"/> 有 (薬剤名：) ※抗血栓薬を複数内服されている方は当日観察のみ (生検不可) になります※ <input type="checkbox"/> 無								
その他の内服薬	<input type="checkbox"/> 有 ※有りの場合は診療情報提供書に薬剤情報の添付をお願いいたします※ <input type="checkbox"/> 無								
基礎疾患の有無	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 腹部手術歴 ()								
鎮静希望の有無	<input type="checkbox"/> 有 ※有りの場合、検査当日は来院から帰宅まで付添の方が必須です※ <input type="checkbox"/> 無								
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無								
検査希望日	第一希望日 ()			第二希望日 ()			第三希望日 ()		

※上部消化管内視鏡検査は検査予約時間の 30 分前に当院に来院いただくようご指示お願いいたします※