

横浜労災病院 上部消化管内視鏡検査申込書・紹介状

申込日 令和 年 月 日

横浜労災病院地域医療連携室 あて (FAX 045-474-8344)

様 の検査を 月 日 時 分 に予約しました

下記の空欄部分に必要な事項を記入のうえ、FAXでご返送ください。

【紹介医療機関】

名称		医師名	
所在地	〒()	電話番号	- -
		FAX番号	- -

【患者情報】

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大正(T) 昭和(S) 平成(H) 令和(R) 年 月 日
住所	〒()		電話番号 - -
当院受診歴(有・無・不明)		患者ID	- -

臨床診断名及び検査目的等具体的に記載して下さい。

該当項目を○で囲んで下さい。

症状：腹痛・吐き気・黒色便・その他()

検査目的：精査・スクリーニング・その他()

◆基礎疾患(以下の事項は必ずご記入下さい。)

心疾患 無 有(病名:) 緑内障 無 有
不整脈 無 有(病名:) 糖尿病 無 有
前立腺肥大 無 有 その他 ()

◆キシロカインアレルギー

無 有 不明

◆感染症(検査日：令和 年 月 日)※内視鏡検査予約日までに感染症の検査を実施して下さい。

無 有 HCVAb その他()
 有 HBsAg 有 STS

◆抗血栓薬・常用薬の使用

無 リクシアナ 月 日より中止
 ワーファリン 月 日より中止 エパデール 月 日より中止
 バイアスピリン 月 日より中止 月 日より中止
 クロピドグレル 月 日より中止 月 日より中止
 エリキュース 月 日より中止 月 日より中止
 上記服薬中だが、中止不可または中止しなくてよい

(注)検査結果の報告は、3日(生検病理検査なしの場合)～7日(生検病理検査ありの場合)以内に郵送いたします。

経鼻内視鏡及び鎮静剤を用いての内視鏡は別枠になりますので消化器内科初診外来へご紹介ください。