

横浜労災病院 上部消化管内視鏡検査検査申込書・紹介状

参考

申込日 令和 年 月 日

横浜労災病院地域医療連携

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、横浜労災病院地域医療連携室(FAX 045-474-8344)あて FAXでご返送下さい。

紹介医療
機関名称

〒()

医師名

電話番号 - -

住所

FAX番号 - -

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男・女	明治(M) 大正(T) 昭和(S) 平成(H) 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：平成 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 ペルサンチン 月 日より中止
 ワーファリン 月 日より中止 エバデール 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
 パナルジン 月 日より中止 月 日より中止
 オパルモン 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)以内に郵送します。

経鼻内視鏡及び沈静剤を用いての内視鏡は当院では出来ませんので宜しくお願いします

独立行政法人労働者健康安全機構 横浜労災病院