

内視鏡検査 予約申込書

上部消化管(EGD) 下部消化管(CF) 胃瘻交換(PEG)

JA岐阜厚生連 公立東濃中部医療センター 地域連携室 行

紹介元医療機関名	
電話 ()	FAX ()
担当診療科	科 医師名

フリガナ		生年月日	大昭平令	年 月 日
氏名 (旧姓 :)	男	電話番号	自宅	()
	女		携帯	()
住所	〒			

検査依頼目的				
検査希望年月日	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし	感 染 症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 検査日 年 月	
	第1希望 年 月 日		ありの場合には結果をご記入下さい	
	第2希望 年 月 日		HBs抗原() HCV抗体() 梅毒()	

希望検査方法	CF	EGD
	<input type="checkbox"/> 鎮静なし	<input type="checkbox"/> 経口(鎮静なし) <input type="checkbox"/> 経鼻(鎮静なし)
	<input type="checkbox"/> 鎮静あり	<input type="checkbox"/> 経口(鎮静あり)

ピロリ菌検査の希望(EGDのみ) あり なし

COVID-19罹患歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 罹患年月: 年 月	* COVID-19罹患後の内視鏡検査は、発症日から最低でも4週間空けて実施しています。
-------------	--	--

受診歴 (東濃厚生、土岐総合を含む)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	* 鎮静剤使用の場合には検査後2時間の安静とご帰宅時の運転の禁止が必須となります。
-----------------------	---	---

検査結果を確認する医療機関の希望	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関 <input type="checkbox"/> 公立東濃中部医療センター	* 経鼻はスクリーニングのみとしています。(詳細検査を要する際は経口から再検することがあります。)
------------------	---	---

内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ワーファリン	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

【ありの場合】内容をご記入ください。(貴院以外も含めたすべての内服薬)

別紙、診療情報提供書のとおり

※当院では、原則抗血栓薬の内服継続下で内視鏡検査を実施しております。
 状況把握のため、ご記入をお願いします。
 ※ポリープの大きさや、内服薬の内容によっては当日切除しない場合もあります。
 ※ワーファリン内服中の場合は血液検査後、内視鏡検査を行います。患者様へご説明をお願いします。