

年 月 日

	ID
	氏名
	生年 月日
発行元	Dr.
発行日	NO
西暦年	Dr.

食道・胃内視鏡検査前チェック票(医療連携室紹介専用)

医療事故防止のため、必ず依頼医師が記入してください。患

者氏名: _____

検査日時: _____年 月 日 前・後 時 分

記載医師名: _____

紹介患者に関する、抗血栓薬、抗凝固薬の服用状況、生検の可否についてご記載ください

【抗血栓薬】 無

有 薬剤名(_____) 月 日 ~休薬中/継続中

薬剤名(_____) 月 日 ~休薬中/継続中

薬剤名(_____) 月 日 ~休薬中/継続中

【生検】 可 不可

【基礎疾患】 無

インスリン投与中の糖尿病 慢性閉塞性肺疾患

急性狭隅角緑内障 重症筋無力症

褐色細胞腫

【アレルギー】 無

キシロカイン ヨード ラテックス

【鎮静剤使用】 希望する 希望しない

<<ご案内>>

◇胃カメラの診察予約申込書と共に、必ずこのチェック表を医療連携室までFAXにてお送りください。

◇ご不明な点は、当院内視鏡部までお問い合わせください。

◇連絡先:

東京慈恵会医科大学附属第三病院 : 03-3480-1151(代表) 内視鏡部/3424~3425

医療連携室 : 03-3430-3600(直通) FAX:03-3430-3611