

上部消化管内視鏡検査チェック表

(診療情報提供書に添付して下さい)

○下記検査項目の結果をご記入ください。

※血算、肝機能・腎機能検査を含む最新の血液検査結果のコピーを添付してください。

1. 患者氏名 _____ (男 ・ 女)

2. 検査目的 _____

3. 胸部X線所見 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
異常 (無 ・ 有 : _____)

4. 心電図所見 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
異常 (無 ・ 有 : _____)

5. 前回の内視鏡検査所見 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
異常 (無 ・ 有 : _____)

6. 感染症の有無 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

①HBs抗原	(+ -)	} *①、②、③は必須項目です。
②HCV抗体	(+ -)	
③ワ氏	(+ -)	
④HIV	(+ -)	

⑤その他の感染症 (ATLA等) (_____) (+ -)
(④、⑤は必須ではありませんが、できればお願いいたします。)

7. その他

- ・麻酔によるアレルギー (有 無)
- ・緑内障 (有 無)
- ・前立腺肥大 (有 無)
- ・**抗血小板剤・抗凝固剤の使用** (有 無) (有の場合：薬剤名 _____)
- ・心疾患 (有 無)

紹介元医療機関

医師署名欄

印

(自筆の場合は「印」は不要です)

*結果について

内視鏡検査の最終的な報告書は、生検を行わなかった場合は1週間程度、生検を行った場合は病理診断のため2週間程度で郵送いたします。(但し追加検討等の理由でさらにお時間をいただく場合があります。)