

# 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ) 申込書

フリガナ	
氏名	様
生年月日	性別
年 月 日 ( 歳)	男・女



社会医療法人 平和会  
吉田病院 消化器内視鏡・IBDセンター  
TEL 0742-45-9562  
FAX 0742-45-6846

連絡先 自宅 ( )	-
携帯 ( )	-

住所 〒
------

検査予約日時
年 月 日 時 分

依頼元医療機関名
----------

ご担当医師名
--------

貴院次回診療日
月 日 / 未定

臨床診断
経過および検査目的

【ピロリ菌について】

- ・ピロリ菌感染チェックの既往 (無・有・不明)
- ・感染チェック有の方 → いつ頃 ( \_\_\_\_\_ 年) ピロリ菌感染 (無・有・除菌済・不明)

【合併症】

- 心疾患 (無・有) ( \_\_\_\_\_ )
- 緑内障 (無・有) ●前立腺肥大 (無・有)
- 高血圧 (無・有) ※降圧剤は継続でお願いします。
- 糖尿病 (無・有) ※糖尿病治療薬は当日朝から休薬でお願いします。
- その他の合併症・既往歴 ( \_\_\_\_\_ )
- 抗血栓薬の有無 (無・有)

薬剤名	1. _____	休薬	無・有	(検査	日前から)
	2. _____	休薬	無・有	(検査	日前から)
	3. _____	休薬	無・有	(検査	日前から)

休薬中の代替薬があればお書きください。( \_\_\_\_\_ )

※抗血栓薬は可能であれば休薬でお願いします。

- 薬物アレルギー (無・有) ( \_\_\_\_\_ )