

胃内視鏡検査予約申込書

令和 年 月 日

※ご記入または口に✓を入れてください。

貴院名称： 検査希望日 あり なし

担当医ご氏名： ありの場合 第1希望： 月 日 時頃
第2希望： 月 日 時頃

貴院電話番号：
貴院FAX番号：

以下の内容を御確認頂いた上、御予約ください。

- 検査当日は患者様ご自身での車・バイク・自転車等の運転はできません。
- 当院の胃内視鏡は原則的に経鼻内視鏡です（経口を御希望の場合にはご相談ください）。

患者様の情報

フリガナ											生年月日：大・昭・平 年 月 日							
お名前											ご年齢： 歳 性別： 男・女							
ご住所											日中に通話可能な、患者様の電話番号： - -							
保険番号	記号									番号								
	保険者番号									区分	本人	・	家族					
公費負担	負担者番号																	
	受給者番号									患者負担	1割	・	2割	・	3割			
70歳以上	限度額適応・標準負担額減額認定証										無	・	有	(I	・	II)

質問事項	回答欄
① 信仰上の理由（例：エホバ等）などから輸血や血液製剤の使用を拒否されますか？	<input type="checkbox"/> 拒否する <input type="checkbox"/> 拒否しない
② 現在妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？ （妊娠中の方は当院では検査できません） 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> 妊娠中・可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ
③ 現在、血液透析治療をされていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 現在服用中のお薬はありますか？（他医療機関からの処方を含む）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ ④で「はい」の方は、すべてのお薬の名前を記入してください（他医療機関からの処方分も含めて）	
※ その中で抗血栓薬や抗凝固薬があれば、その薬剤名と休薬の可否・休薬可能期間を記入してください。	
薬剤名： 休薬の可否： <input type="checkbox"/> 休薬不可 <input type="checkbox"/> 検査当日のみ休薬可能 <input type="checkbox"/> その他（検査の 日前から休薬可能）	
⑥ 16～17歳の方、80歳以上の方 → 御家族など、付添いの方も来院されますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 体の左を下にし、膝をかかえる姿勢で約20分、横向きに寝転ぶことができますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 視覚障害はありませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 聴覚障害はありませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 発声障害や構音障害等はありませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ