

内視鏡検査依頼書 (離島診療所用)

年 月 日

紹介元医療機関			
(カナ) 患者氏名	八重山病院ID :	性別	<input type="checkbox"/> 男
			<input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
患者連絡先	TEL	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()	

検査希望日等 <small>※できるだけ記入ください</small>	
---------------------------------------	--

●検査項目	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸ファイバー <input type="checkbox"/> 大腸ファイバー		
-------	---	--	--

●検査目的			
-------	--	--	--

●身長・体重	●移動形態 (ADL)
身長 cm _____	<input type="checkbox"/> 単独歩行
体重 kg _____	<input type="checkbox"/> 車椅子
※身長・体重は、分かる場合はご記入ください。	<input type="checkbox"/> ストレッチャー

生 検	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 禁
抗凝固剤服用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 中止中 ; / より休薬中
抗血小板剤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 中止中 ; / より休薬中
血糖降下剤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 中止中 ; / より休薬中
同 意 書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無