

上部消化管内視鏡検査チェックリスト

患者さん氏名 _____

この度は、上部消化管内視鏡検査で患者さんをご紹介いただきありがとうございます。検査のご依頼に際し事前に確認したいことがございますので、下記の項目にご記入をお願いいたします。なお、上部消化管内視鏡検査には、あらかじめ同意書が必要となります。

▼患者さんの状態についてご記入ください。

全身状態について	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
抗凝固剤の内服について	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有 (薬品名: _____)
	有の場合 休止することは <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 *
	可の場合 休止可能な場合 月 日より休止を指示した。 *休止不可の場合、生検を控えることがあります。
喘息 (+ ・ -)	アレルギー (+ ・ -) 妊娠 (+ ・ -)

ご記入が終わりましたら、診療情報提供書及同意書と共に、以下の番号に FAX をお願いします。なお、所見結果につきましては、後日郵送にてご報告いたしますので、貴院での結果説明をお願いいたします。

所見の発送は検査日から 1 週間の予定です。

九州がんセンター 相談支援・情報センター

FAX 番号 092-541-3390

ご紹介ありがとうございました。今後ともどうぞよろしくお願ひいたします。