



JCHO千葉病院 オープン検査情報シート

依頼日

年 月 日

FAX送信先:043-261-2705

フリガナ				当院受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (当院ID)
氏名	男・女	生年月日	T・S・H	年 月 日(才)
連絡先	自宅 ()		携帯電話	— —

紹介元医療機関名		医師名	
電話番号	()	FAX番号	()

予約希望日	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 不都合な日(月 日 または 曜日)		
	<input type="checkbox"/> 第一希望(月 日) <input type="checkbox"/> 第二希望(月 日) <input type="checkbox"/> 第三希望(月 日)		
検査目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 心窩部痛 <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 萎縮性胃炎 <input type="checkbox"/> ピロリ菌除菌後 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 貧血精査 <input type="checkbox"/> その他()		
依頼内容	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻		
ピロリ菌	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 除菌未 <input type="checkbox"/> 除菌済(成功・不成功・未判定 年前)	
現在治療中の疾患名			
内服	抗血栓薬 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名) <input type="checkbox"/> 無		
	NSAIDs <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 制酸剤 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無		
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	経口糖尿病薬 ()	
		インスリン使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
※有の場合、検査前の投薬の調整をお願いいたします。			
透析治療	<input type="checkbox"/> 有 (月・火・水・木・金・土) <input type="checkbox"/> 無		透析アクセス <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
患者情報	移動介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	ADL	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他 ※依頼事項や注意事項などがございましたら、ご記入下さい。			
※検査当日は、お薬手帳をご持参下さるようお伝え下さい。			

当院記入欄

検査予約日時 年 月 日 時間 : ()医師	検査施行医()医師 生検 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 生検結果説明予約日時 月 日() ()医師
----------------------------------	--

FAX送信先:043-261-2705