

内視鏡検査用チェックシート

<北里大学病院：検査サービス専用>

氏名	様
検査項目	上部消化管内視鏡検査 ・ 下部消化管内視鏡検査 ・ 上部超音波内視鏡検査
目的	
病名	
既往歴	心疾患（病名 _____） ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大症
	呼吸器疾患 ・ その他（ _____ ）
手術歴	
感染症 <small>（1年以内の結果をご利用ください）</small>	梅毒脂質抗原使用検査（定性） → [陽性 ・ 陰性]
	HBs抗原精密測定 → [陽性 ・ 陰性]
	HCV抗体価精密測定 → [陽性 ・ 陰性]
	採血済につき結果は後日FAXにて連絡 ・ 未検査
アレルギー	無 ・ 有
抗コリン剤使用	可 ・ 不可
生検	可 ・ 不可
グルカゴンの使用	可 ・ 不可
抗凝固剤の内服	無 ・ 有（薬品名 _____）
	有に○の場合→ 現在も内服中 ・ _____月 _____日より休薬
現在内服している薬品	
コメント	

<注意事項>

- * この用紙は「検査サービス利用申込書（診療情報提供書）」と同時にFAXにてご送信ください。
- * 鎮静作用のある薬を使用する場合がありますので、**ご本人が車やバイクを運転して来院されることは避ける**ようご説明ください。