

(外来→内視鏡室)

## 胃内視鏡検査予約票

検査日	年	月	日( )	時間	時	分
氏名		男・女	生年月日	M/T/S/H	年	月 日
ID		受診日	年 月 日	外来担当医		Dr
休止薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名( ) 検査当日 朝内服予定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬品名 ) 抗凝固剤・抗血小板剤の休止(薬品名 / から休止)					
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 出血性疾患( ) <input type="checkbox"/> 高血圧( ) <input type="checkbox"/> 心疾患( ) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患( ) <input type="checkbox"/> 糖尿病( ) <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患( )					
現病歴	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患( ) <input type="checkbox"/> 腎・泌尿器疾患( ) <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他( )					
鼻疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> アレルギー( ) <input type="checkbox"/> 蓄膿 <input type="checkbox"/> 鼻出血傾向 <input type="checkbox"/> 手術歴(病名 手術内容 )					
本人希望	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口					

(外来→内視鏡室)

## 胃内視鏡検査予約票

検査日	年	月	日( )	時間	時	分
氏名		男・女	生年月日	M/T/S/H	年	月 日
ID		受診日	年 月 日	外来担当医		Dr
休止薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名( ) 検査当日 朝内服予定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬品名 ) 抗凝固剤・抗血小板剤の休止(薬品名 / から休止)					
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 出血性疾患( ) <input type="checkbox"/> 高血圧( ) <input type="checkbox"/> 心疾患( ) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患( ) <input type="checkbox"/> 糖尿病( ) <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患( )					
現病歴	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患( ) <input type="checkbox"/> 腎・泌尿器疾患( ) <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他( )					
鼻疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> アレルギー( ) <input type="checkbox"/> 蓄膿 <input type="checkbox"/> 鼻出血傾向 <input type="checkbox"/> 手術歴(病名 手術内容 )					
本人希望	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口					