

検査依頼票

フリガナ	男	医療機関名
氏名	女	
昭和・平成 生年月日 年 月 日(歳)		医師名

検査予約日	年 月 日 () 時 分
検査項目	【循環器】 ・ 心エコー 【消化器】 ・ 胃カメラ 【その他】 ・ エコー(腹部 ・)
持参物	無 ・ 有 (EKG ・ X線フィルム)

病名	
検査目的	
既往歴	
主訴	
現病歴及び諸検査の所見	
現在の投薬内容	
治療内容に関するコメントの要・不要	必要 ・ 不要

胃カメラ検査をご依頼の方は、下記項目も記入してください

感染症検査施行日 年 月 日	HBs 抗原() HBs 抗体() HBe 抗原() HBe 抗体() HCV 抗体() Wa-R() その他()		
出血傾向	無 ・ 有 ()	貧血傾向	無 ・ 有 ()
アレルギー	無 ・ 有 ()	喫煙	無 ・ 有 ()