

上部消化管造影検査依頼書

検査指示医へのお願い

患者さまの状態不良、麻酔を要する場合等、特別な指示のある場合は事前に放射線科までご相談ください。

検査時には、フィルム等の各検査資料が有りましたら、患者に持参させてください。

各項目の に印を入れ、検査目的等をできる限り具体的に、ご記入ください。

患者	フリガナ 氏名	
検査部位	下咽頭 食道 胃・十二指腸 経口的小腸 その他()	
妊娠の可能性	無し 有り 不明 否定	
感染症	HBs 無し 有り 不明 HCV 無し 有り 不明 Wa氏 無し 有り 不明 その他()	
前回検査	無し 有り(年 月 日) 主な所見:	
検査目的(臨床診断、現病歴、臨床症状等)		
特記事項		
フィルム貸出	要 不要	

下部消化管造影検査(注腸検査)の依頼は、ファックスによる検査予約を行っておりませんので、放射線科外来へご紹介ください。

検査終了後直ちに、結果説明をさせて頂き、検査結果を患者さまにお持ち帰り頂きます