

# 内視鏡検査依頼書・診療情報提供書

貴院名: \_\_\_\_\_ 様 主治医先生ご氏名: \_\_\_\_\_ 先生

ふりがな

患者様ご氏名: \_\_\_\_\_ 様 男・女 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日( 歳)

住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話番号: 自宅: \_\_\_\_\_ / 携帯電話: \_\_\_\_\_

※当日にご連絡がつくように携帯電話番号もご記入いただけますと幸いです。

## 【依頼検査】

胃内視鏡検査(当日検査可能です。下記ご参照ください)

鎮静下経口内視鏡検査

経鼻内視鏡検査(通常、鎮静剤は使用いたしません)

大腸内視鏡検査(鎮静剤・鎮痛剤を使用します。日帰りのポリープ切除が可能です)

## 【依頼内容】

胃痛・胸やけ  嚥下困難  食欲不振  貧血精査  萎縮性胃炎フォロー

ピロリ菌検査  腫瘍マーカー高値( \_\_\_\_\_ )

便潜血陽性  便秘・下痢  大腸ポリープフォロー  血便精査

その他具体的に: \_\_\_\_\_

## 【抗血栓薬について】

内服  あり  なし ※服用されている抗血栓薬をすべてご記載おねがいします。

薬剤名: \_\_\_\_\_

休薬可能  休薬不可能

## 【検査のご希望日時】

第1.希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  午前  午後

第2.希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  午前  午後

## 【胃内視鏡検査 当日のご依頼】

絶食であれば当日ご対応します。(内視鏡検査対応時間: 9:00~15:30)

FAXと合わせて、当院へお電話(☎06-4865-5780)にご一報お願いいたします。

## 【大腸内視鏡検査 前処置】

患者様への前処置薬(下剤・腸管洗浄液)のお渡し、説明が必要となりますので、一度ご来院が必要となります。ご紹介医さまより前処置の処方を行われる場合にはお申し付けください。

(※検査施設以外では、薬剤の算定ができない場合がございますのでご注意ください。)

FAXを頂きましたら、当クリニックのスタッフが患者さまに予約確認のご連絡させていただきます。

