

診療情報提供書・内視鏡検査依頼箋

貴院名： _____ 様	ふりがな 患者氏名： _____ 様 男・女
ふりがな 主治医先生ご氏名： _____ 先生	生年月日： T・S・H _____ 年 月 日 (_____ 才)
住所： 〒 _____	住所： 〒 _____
Tel： _____	Tel： _____
Fax： _____	携帯電話： _____

※当日ご連絡がつくよう携帯電話番号もご記入お願い致します

該当項目にチェック・記入をお願いします。

FAX : 072-845-5022

【依頼検査】 上部消化管内視鏡検査 (GIE)

- { 経口内視鏡
 経鼻内視鏡

下部消化管内視鏡検査 (CS)

※CSに関しては当院での事前診察が必要です。

【依頼内容】 胃痛・胸やけ 胃潰瘍(疑い) 腫瘍マーカー高値 便潜血陽性
 萎縮性胃炎フォロー 大腸ポリープフォロー 血便精査
 その他(_____)

【検査希望日】 第1希望日： _____ 月 _____ 日 (_____) 午前 ・ 午後

第2希望日： _____ 月 _____ 日 (_____) 午前 ・ 午後

第3希望日： _____ 月 _____ 日 (_____) 午前 ・ 午後

※大腸カメラは、月・金・土曜の午後のみです。

【抗血小板薬・抗凝固薬等の内服の有無】 (生検には一定期間の服用中止が必要です。)

服用なし 服用あり

薬剤名 (_____)

FAX 頂きましたら、すぐに当クリニックのスタッフが貴院様へ予約確認のお電話をさせていただきます。