

診療情報提供書・内視鏡検査依頼箋

貴院名： _____ 様 患者氏名： _____ 様 (男・女)

主治医先生ご氏名： _____ 先生 生年月日： T・S・H 年 月 日 (才)

Tel： _____ 住所： 〒 _____

Fax： _____ Tel： _____

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。

【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

FAX

019-605-6051

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。

(拡大内視鏡で詳細に観察可能です。ご希望の方にはセデーションで行います。)

【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(_____)

第2希望日： _____ 月 _____ 日(_____)

第3希望日： _____ 月 _____ 日(_____)

胃カメラは木曜日以外の午前、
大腸カメラは月火水金の午後と
なります。

【抗血小板薬・抗凝固薬等の内服の有無】

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。

