

診療情報提供書・内視鏡検査依頼箋

貴院名： _____

主治医先生ご氏名： _____ 先生

TEL： _____ FAX： _____

ふりがな
患者氏名： _____ 様 男・女

生年月日： M・T・S・H 年 月 日 (才)

住所： 〒 _____

TEL： _____ / 携帯電話： _____

(できれば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をお願いします。

【依頼検査】 上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ)

- 経口内視鏡 (ご希望の方にはセデーションで行います)
 経鼻内視鏡 (セデーションなしでも比較的楽に受けていただけます)

下部消化管内視鏡検査 (大腸カメラ)

(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。
日帰りでのポリペクトミーが可能です)

【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

(その他具体的に) _____

【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 (_____) _____ : _____ ~

※胃カメラは月~土の午前診 (8:20~12:00) および月・金の夜診帯 (16:00~18:00) に行っています

※大腸カメラは月・火・木・金・土の13:00~16:00に行っています

【中止薬剤】 (ポリペクトミー時には一定期間の中止が必要です)

あり なし

- プラビックス・パナルジン (7日前~中止でお願いします)
 バイアスピリン (5日前~中止でお願いします)
 ワーファリン (4日前~中止でお願いします)
 プレタール (3日前~中止でお願いします)
 その他 (_____)

※その他中止薬剤および中止期間
については、別紙あるいはHP上
【内視鏡をご紹介頂く医療機関の
皆様へ】をご覧ください

消化器内視鏡内科 医療法人つじもとクリニック
〒631-0036 奈良市学園北2丁目1-5
ローレルコート学園前レジデンス施設棟 1F
TEL0742(51)7000 FAX0742(51)6700