

診療情報提供書・内視鏡検査依頼箋

貴院名： _____ 様

主治医先生ご氏名： _____ 先生

Tel： _____ Fax： _____

患者氏名： _____ 様 男・女

生年月日： T・S・H 年 月 日 (才)

住所： 〒 _____

Tel： _____ / _____

(※当日ご連絡がつくように携帯電話番号もご記入頂ければ幸いです)

<保険情報>

保険者番号	_____
記号・番号	_____
被保険者	_____ 続柄 _____
公費負担番号	_____
受給者番号	_____
負担率	() 割

1) ご希望のクリニックをお選び下さい。

近鉄八尾院 (近鉄八尾駅前)

FAX : 072-996-8860

JR 久宝寺院 (JR 久宝寺駅直結)

FAX : 072-998-6003

(※各クリニック診察時間内に Fax を頂きましたら、当院より予約確認のお電話をさせていただきます)

2) 該当項目にチェックをお願いします。

上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ)

胃痛・胸やけ パリムで異常指摘 胃炎フォロー 胃潰瘍(疑い) 腫瘍マーカー高値
(その他具体的に) _____

下部消化管内視鏡検査 (大腸カメラ)

便潜血陽性 便秘・下痢 大腸ポリープフォロー 血便精査 腫瘍マーカー高値
(その他具体的に) _____

【検査希望日】

【送迎希望】

第1希望日： _____ 月 _____ 日 () : _____ ~ _____

あり なし

第2希望日： _____ 月 _____ 日 () : _____ ~ _____

※送迎は貴院様までお迎えにあげます。

第3希望日： _____ 月 _____ 日 () : _____ ~ _____

検査後も貴院様までお送りさせていただきます。

【施行医希望】 特に希望なし あり () ※ご希望の医師名を () 欄にご記入下さい。

【抗血栓薬服用について】 服用あり 服用なし

→服用ありの場合、【内視鏡検査・治療に伴い抗血栓薬を服用されておられる方への説明・同意書】をご本人へお渡し下さい。

※服用されている抗血栓薬をすべて✓して下さい。

- バイアスピリン プラビックス ワーファリン
- プレタール エパテル タケルダ
- その他 ()

→ 休薬可 休薬不可

※休薬期間および休薬不可時の対応に

つきましては、HP上の【医療機関の方へ】の【内視鏡検査・治療に伴う抗血栓薬取り扱いについて】をご参照下さい。