

内視鏡検査依頼票（診療情報提供書）

貴院名： _____ 様
主治医先生ご氏名： _____ 先生
TEL： _____ FAX： _____
ふりがな
患者氏名： _____ 男・女
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）
TEL： _____ / _____

※機械故障等にご連絡させて頂く事がありますので、携帯番号もできるだけご記入下さい。

【該当項目にチェックをお願いします】

- 上部内視鏡検査（ ピロリ菌チェック / 鎮静剤不要 ）
（→ピロリ菌チェックご希望の場合、PPI薬の服用： 有 無 ）
- 胃痛・胸やけ バリウムで異常指摘 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（ _____ ）
- 下部内視鏡検査（ 鎮静剤不要 ）
- 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】

第1希望： _____ 月 _____ 日 _____ : _____ ~
第2希望： _____ 月 _____ 日 _____ : _____ ~
第3希望： _____ 月 _____ 日 _____ : _____ ~

※大腸カメラは検査予約時間の4時間前から腸管洗浄剤を服用して頂きます。
また、検査日の3日前までに1度当院受診

【抗血栓薬について】 服用有り 服用無し

※服用されている抗血栓薬を全てチェックして下さい。

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

→ 休薬可 休薬不可 ※休薬不可の場合、観察のみになる可能性が高いです

【基礎疾患】

- 糖尿病 高血圧 前立腺疾患 緑内障
 心疾患 透析治療 ペースメーカー
 その他（ _____ ）

【その他特記事項などありましたらこちらに記入をお願いします。】

（ _____ ）