

# 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： ふりがな \_\_\_\_\_ 様 男・女

生年月日： T・S・H 年 月 日 (才)

住所： 〒 \_\_\_\_\_

Tel： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<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						

(できれば当日に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。

**FAX : 072-980-6669**

【依頼検査】  上部消化管内視鏡検査 (GIF)

- 経口内視鏡 (拡大内視鏡で詳細に観察可能です。基本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 (CF)

(基本的にセデーションで行います。日帰りでのポリペクが可能です。)

【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 ( ) : \_\_\_\_\_ ~

【中止薬剤】 (生検・ポリペク時には一定期間の中止が必要です。)

あり  なし

- バイアスピリン ( 7 日前~中止をお願いします。)
- プラビックス ( 10 日前~中止をお願いします。)
- プレタール ( 3 日前~中止をお願いします。)
- ワーファリン ( 5 日前~中止をお願いします。)
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

※その他中止薬剤および中止期間については、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。

FAXを頂きましたら、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。

(※当クリニック診察時間内での対応とさせていただきます。)



**ふじい消化器内科・内視鏡クリニック**

東大阪市日下町3丁目6-9

TEL 072-980-6655