

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： _____

ふりがな
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

大阪福島院 (JR大阪環状線福島駅)

FAX : 06-6454-9030

(※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)

【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 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】

第1希望日： _____ 月 _____ 日 () : _____ ~

第2希望日： _____ 月 _____ 日 () : _____ ~

第3希望日： _____ 月 _____ 日 () : _____ ~

【送迎希望】

あり なし

※送迎は貴院様までお迎えにあがります。

検査後も貴院様までお送りさせていただきます。

【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 エパデール 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。



医療法人 康心会 消化器内視鏡クリニック

大阪
福島

Tel: 06-6454-9000