

内視鏡検査依頼書・診療情報提供書

貴院名： _____ 様 主治医先生ご氏名： _____ 先生

患者さま氏名： _____ 様 男・女 生年月日：S・H 年 月 日（ 歳）
ふりがな

住所：〒 _____

連絡がつきやすい電話番号： _____ / _____

【依頼検査】

- 上部消化管内視鏡検査(当日可能:下記参照ください。)
- セデーション下経口内視鏡
- 経鼻内視鏡(通常、セデーションは使用しません。)
- 大腸内視鏡検査 ・セデーションを使用します。 ・日帰りポリペクが可能です。

【依頼内容】

- 嚥下困難 胸やけ・心窩部痛 貧血精査 萎縮性胃炎フォロー
- ヘリコチェック 腫瘍マーカー高値(_____)
- 便潜血反応陽性 血便精査 大腸ポリープ切除・切除後フォローアップ
- (その他具体的に) _____

【抗血栓薬について】

内服 あり なし

薬剤名) _____

抗血栓薬の休薬により血栓塞栓症(脳梗塞、心筋梗塞など)の発症率が高くなるため、
当院では内視鏡学会ガイドライン に準じて可能な限り抗血栓薬を継続しながら内視鏡検査・治療を行います。
休薬期間については、当院スタッフからご本人さまへご説明いたします。

【検査希望日】

第1希望日 月 日 午前 午後

第2希望日 月 日 午前 午後

第3希望日 月 日 午前 午後

【上部内視鏡 当日依頼】

絶食であれば当日ご対応します。内視鏡対応時間(9:00-15:30)

(FAXと合わせて、当院へお電話 [06-6855-8600] にて、ご一報をお願いします。)

【大腸内視鏡検査 前処置】 ※ADL低下を認める方は、入院での前処置をお願いしています。

患者さまへの前処置薬(下剤、腸管洗浄液)のお渡しや説明が必要になりますので、事前の受診が必要な旨をご説明させていただきます。ご紹介医さまから、前処置薬の処方を行われる場合は、お申し付けください。
(※検査施設以外では、薬剤の算定できない場合がございますのでご注意ください。)

FAXを頂きましたら、同日中に当クリニックのスタッフが患者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。



ヘンミ胃腸内視鏡・内科クリニック

大阪府豊中市栗ヶ丘町9-40 TEL: 06-6855-8600

FAX: 06-6855-8610