

診療情報提供書（内視鏡検査依頼書）

年 月 日

おかだ消化器・内科クリニック

〒665-0035

兵庫県宝塚市逆瀬川1丁目2-1 アピア 1/4階

TEL:0797-73-7878

FAX:0797-73-7879

医療機関の名称：

所在地：

医師名：

電話番号：

FAX番号：

フリガナ		住所	
患者氏名	男・女		
生年月日	T・S・H 西暦 年 月 日	電話番号	

ご依頼検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査（胃カメラ） <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ）		
検査目的	上部消化管内視鏡検査（胃カメラ） <input type="checkbox"/> 吐血・黒色便 <input type="checkbox"/> 心窩部痛・胸焼け・腹部不快感 <input type="checkbox"/> 検診で異常指摘 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値 <input type="checkbox"/> 胃炎・術後フォロー <input type="checkbox"/> その他 _____	下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ） <input type="checkbox"/> 下血・血便 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢・腹部不快感 <input type="checkbox"/> 排便時に鮮血付着 <input type="checkbox"/> 便潜血陽性 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値 <input type="checkbox"/> ポリペク後フォロー <input type="checkbox"/> その他 _____	
鎮静剤希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※検査後、約1時間の安静が必要です。 ※当日、車の運転はできませんので、公共交通機関で来院をお願いします。		
検査希望日	第1希望日： 月 日（ ） 時頃～ 第2希望日： 月 日（ ） 時頃～ ※検査は13時～16時の間になります。水曜午後休診。 ※大腸カメラをご希望の方は、検査3日前までに一度受診が必要です（検査前の注意事項説明のため）		
既往合併症	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂質症 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 維持透析中 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 鼻の疾患 <input type="checkbox"/> その他 _____		
抗血栓薬の有無	<input type="checkbox"/> 服用なし <input type="checkbox"/> 服用あり →服用されている抗血栓薬をすべてご記載ください。 _____ <input type="checkbox"/> 休薬可（薬剤名 [] を 月 日から内服中止） ・ <input type="checkbox"/> 休薬不可		
連絡事項			

不明な点はお電話ください。
FAXをいただきましたら、当院より予約確認のお電話をさせていただきます。

診療時間・・・9:30～12:30 / 13:00～16:00（検査） / 16:30～19:00
休診日・・・水曜日午後、土曜夕診、日曜・祝日