

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： _____ / _____

(※当日ご連絡がつくように携帯電話番号もご記入頂けましたら幸いです)

<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						

1) ご希望のクリニックをお選び下さい。

近鉄八尾院 (近鉄八尾駅前)

FAX：072-996-8860

JR 久宝寺院 (JR 久宝寺駅直結)

FAX：072-998-6003

(※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)

2) 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】

【送迎希望】

第1希望日： _____ 月 _____ 日 () : _____ ~

あり なし

第2希望日： _____ 月 _____ 日 () : _____ ~

※送迎は貴院様までお迎えにあがります。

第3希望日： _____ 月 _____ 日 () : _____ ~

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。