

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								

阪急南茨木院 (阪急南茨木駅・大阪エール南茨木駅) **FAX：072-652-7734**

(※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も、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 - KOHSHINKAI



内 科・消化器内科・内視鏡内科・胃腸内科

康心会消化器内視鏡クリニック

阪急
南茨木

Tel: 072-652-7733