内視鏡検査依頼書（診療情報提供書）

記入年月日：　　年　　月　　日

貴院名　：

主治医　：

TEL　：

FAX　：

患者氏名：　　（男・女）

生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）

連絡がつきやすい電話番号

該当項目にチェックをお願いします

☐ 上部内視鏡検査

☐ 胃痛・胸やけ　☐ 胃透視異常　☐ 胃炎フォロー　☐ 胃潰瘍疑い

☐ 食道つまり感　☐ 貧血精査　☐ 黒色便　☐ 患者希望

その他具体的に　（　　）

☐ 下部内視鏡検査

☐ 便潜血陽性　☐ 便秘・下痢　☐ 大腸ポリープフォロー　☐ 血便精査

☐ 腹痛精査

その他具体的に　（　　）

【当院での前処置薬の処方希望】

☐ あり　☐ なし

【検査希望日】　第一希望　　第二希望

【抗血栓薬について】　内服　☐ あり　☐ なし

服用されている抗血栓薬を全てチェックして下さい

☐ バイアスピリン　☐ ワーファリン　☐ ブラビックス　☐ プレタール　☐ パナルジピン

☐ プラザキサ　☐ エリキュース　☐ オパルモン　☐ その他　（　　）

※休薬の可否をチェックして下さい　（休薬不可の場合は観察のみになる場合があります）

☐ 休薬可　☐ 休薬不可

【基礎疾患】

☐ 糖尿病　☐ 高血圧　☐ 前立腺肥大　☐ 緑内障

☐ 心疾患　☐ 透析治療　☐ ペースメーカー　☐ 喘息

その他具体的に　（　　）

【キシロカインアレルギー】

☐ あり　☐ なし

【当院での内視鏡検査結果説明を希望】

☐ 希望する　☐ 希望しない

※同日に宮田病院で他検査を受ける予定がありますか。

☐ なし　☐ あり　（※ありの場合　☐ CT　☐ MRI　☐ 超音波）

【その他特記事項などありましたらこちらに記入をお願いします】

医療法人相生会宮田病院

TEL：0949－32－3000（代表）　FAX：0949－32－2997（代表）