

年 月 日

診療情報提供書 兼 上部・下部内視鏡検査依頼箋

紹介元医療機関:

医師名:

T E L :

F A X :

フリガナ: _____

患者氏名: _____

生年月日: (明・大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日

予約希望日時①: _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 AM・PM _____ 時 _____ 分

予約希望日時②: _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 AM・PM _____ 時 _____ 分

該当項目にチェックをお願いします。

【依頼検査】

- 上部内視鏡検査 経口内視鏡 (鎮静 あり なし) 経鼻内視鏡
 下部内視鏡検査 ※下部内視鏡検査は、お手数ですが当院での事前診察が必要です。

【依頼内容】

- 健診にて異常を指摘 胸やけ 腹痛 萎縮性胃炎のフォロー
 便秘 下痢 血便の精査 便潜血陽性 大腸ポリープのフォロー 腫瘍マーカー高値
 ピロリ菌チェック (PPI内服あり PPI内服無し) ※内服されている場合は2週間以上の休薬が必要です。

(コメント・その他) _____

【抗血栓薬・抗凝固薬 内服の有無】

- 服用あり 服用なし

(薬剤名) _____

●抗血栓薬・抗凝固薬を休薬されますか？

- 休薬する 休薬しない

※その他に服用されているお薬がございましたら、必ず投薬内容を添付いただくようお願いいたします。

※休薬されない場合、当院医師の判断により観察のみとさせていただきます。

【検査後の方針】

●悪性腫瘍または緊急で治療が必要な所見を認めた場合

- 貴院で治療方針決定 住吉総合病院での治療を希望 要相談

●その他一般的な所見の場合

- 貴院で御説明 当院で説明

保険情報と共に、この「検査依頼箋」をFAXいただければ幸いです。