

内視鏡検査依頼書（診療情報提供書）

貴院名： _____ 様

主治医： _____ 先生

Tel： _____ Fax： _____

患者氏名： _____ 様 男・女

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

住所：〒 _____

Tel：自宅 _____ /携帯 _____

（※当日連絡がつくように、携帯番号もご記入頂けましたら幸いです）

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						

FAX : 072-291-1006

①依頼検査種別 にチェックを入れてください。

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）（検査時間帯：9-11 時半・17-18 時半）

・カメラ種類： 経口 ・ 経鼻 ・ どちらでもいい

・受診理由： 吐血・黒色便 心窩部痛・胸焼け・腹部不快感 検診で異常指摘

腫瘍マーカー高値 胃炎・術後等フォロー

その他 具体的に： _____

下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ）（検査時間帯：13-16 時）

・受診理由： 下血・血便 便秘・下痢・腹痛・腹部不快感 排便時に鮮血付着

便潜血陽性 腫瘍マーカー高値 ポリペク後フォロー

その他 具体的に： _____

胃カメラ・大腸カメラ同時施行希望（検査時間帯：13-16 時）

・受診理由： 貧血 体重減少 腹部不快感 腫瘍マーカー高値

その他 具体的に： _____

②検査希望日（休診日：木・日祝、土は 16 時までです）

第 1 希望日： _____ 月 _____ 日（ _____ ） 時頃～ 第 2 希望日： _____ 月 _____ 日（ _____ ） 時頃～

※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）。

③抗血栓薬の有無 服用なし 服用あり

・「服用あり」の場合は、内服中の抗血栓薬を全てチェックしてください。

アスピリン チェノピリジン系 シロスタゾール ワーファリン DOAC（名称： _____ ）

その他（ _____ ）

→ 休薬 可（薬剤名 [_____] を _____ 月 _____ 日から内服中止） 休薬 不可

FAX 受信後直ぐに当院スタッフから貴院へ確認の連絡をいたします。（休診日に FAX を頂いた場合は、翌朝に連絡いたします。）

当日検査（緊急胃カメラ・S 状結腸カメラ）依頼や抗血栓薬の種類等、ご不明な点はお電話ください。



内科・消化器内科・内視鏡内科
多田消化器内視鏡クリニック

〒590-0132 堺市南区原山台 2-2-1

Tel : 072-291-1005