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							

西宮北口院（阪急西宮北口駅）　FAX：0798-63-0089

（※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頂きます）

【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　□ﾊﾞﾘｳﾑで異常指摘　□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　□大腸ﾎﾟﾘｰﾌﾟﾌｫﾛｰ　□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頂きます。

【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。

医療法人 康心会消化器内視鏡クリニック 西宮北口

Tel：0798-63-0088