

診療情報提供書（消化管内視鏡検査）

貴院名： _____ 様

主治医先生ご氏名： _____ 先生 印

Tel： _____ Fax： _____

患者さまご氏名： _____ 様 男 ・ 女

生年月日： S ・ H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才)

Tel： _____

既往歴（ _____ ）

1) 該当検査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 バリウム検査要精密 ピロリ菌抗体陽性 ABC 検診要精密
(その他 _____)

下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ）

便潜血陽性 便秘・下痢 血便
(その他 _____)

その他 (_____)

2) ご予約いただいた検査日

検査日： _____ 月 _____ 日 (_____) _____ 時 _____ 分

3) 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、服用されている抗血栓薬にすべてチェックをお願いします。

バイアスピリン ・ タケルダ ・ キャブピリン プラビックス

ワーファリン プレタール エパデール

その他 (_____)

→ 休薬可 休薬不可

※休薬の対応につきまして休薬可能期間など具体的にご教示いただけますと幸いです。

4) 結果について

検査当日中に速報 FAX ご希望

後日報告書を郵送のみで可

(後日報告書を別途郵送いたします。)