

診療情報提供書・上部消化管内視鏡検査依頼箋

貴院名_____

主治医先生ご氏名：_____先生

TEL：_____ FAX：_____

ふりがな

患者氏名：_____ 様 男・女

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

住所：〒_____

TEL：_____ 携帯電話：_____

該当項目にチェックをお願いします。

【依頼検査】 経口内視鏡（ご希望の方にはセデーションで行います。）

経鼻内視鏡

【依頼内容】 胃痛 胸やけ 胃潰瘍（疑い） 検診異常 腫瘍マーカー高値
貧血 ポリープフォロー その他 (_____)

【抗血栓薬内服】 なし 有り 服用されている薬に○をつけて下さい

バイアスピリン プレタール プラビックス

パナルジン タケルダ コンプラビン ワーファリン

イグザレルト プラザキサ リクシアナ エリキュース

【検査希望日】

第一希望： _____ 月 _____ 日 (_____) _____ : _____ ~

第二希望： _____ 月 _____ 日 (_____) _____ : _____ ~

第三希望： _____ 月 _____ 日 (_____) _____ : _____ ~

※検査は月、火、水、金、土の8：45～11：00、13：00～15：00および月、火、水、金の16：30～18：30に行っています。

FAX をいただきましたら、すぐに当クリニックのスタッフが貴院へ予約確認のお電話をさせていただきます。木曜日は休診ですので、返信は金曜日になります。



いとせクリニック

尼崎市武庫之荘本町3-11-1

TEL：06-6438-1107 FAX：06-6438-1108