

診療情報提供書 内視鏡検査依頼書

貴院名	:	様	(患者様保険情報)
貴院電話番号	:		保険者番号:
主治医氏名	:	先生	記号/番号:
患者氏名	:	様	被保険者: 続柄:
男・女	生年月日	年 月 日	歳
			公費負担番号:
住所	:		受給者番号:
TEL (自宅)	:		
(携帯番号)	:		

下記該当項目の確認にチェックをお願いいたします。

①依頼される検査項目

- 上部消化管内視鏡検査(EGD)
- 経口内視鏡(鎮静下も可能です)
- 経鼻内視鏡(鎮静は行わず、比較的楽に検査可能です)
- 下部消化管内視鏡検査(TCS) (日帰りポリープ切除術も可能です)

②検査の内容

- 胸やけ・げっぷが多い 胃痛 胃潰瘍・十二指腸潰瘍 ピロリ菌感染
- 萎縮性胃炎 胃透視異常 腫瘍マーカー高値 便潜血陽性
- 下腹部違和感 便秘精査 血便 大腸ポリープ
- その他()

③中止薬剤

- あり なし
- バイアスピリン プラビックス プレタール ワーファリン
- エパデール セロクラール ペルサンチン
- その他()

原則内視鏡検査は予約制ではありませんが、ご紹介頂く患者様の検査を円滑に進めさせていただくため検査予約ももちろん承ります。予約される場合は FAX076-493-7002 をお願いします。速やかに当院から貴院様へ予約確認のお電話をさせていただきます(ご不便をおかけいたしますが当院の診療時間内での対応とさせていただきます)。ご不明な点がございましたら何なりとご連絡下さい。

まつおか内科医院 富山市長江1丁目5-15
TEL : 076-493-7001 FAX : 076-493-7002