

# 内視鏡検査依頼書（診療情報提供書）

ふりがな

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 男・女

生年月日；西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳）

住所；〒 \_\_\_\_\_

電話（自宅・携帯） \_\_\_\_\_

（当日連絡がつく番号を記載ください）

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				

ホームページ内の **WEB 内視鏡予約** で空いている検査日時（枠）を確認してください。

緊急を要する場合、予約がとりにくい場合は当クリニックに直接電話にてご相談ください。

## ①検査内容

胃カメラ 検査希望日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時

- ・カメラの種類 経口 経鼻（鎮静剤不可） どちらでもいい
- ・検査理由 腹痛・違和感 胸やけ 健診で異常指摘 吐血・黒色便 食欲不振  
体重減少 follow up 腫瘍マーカー上昇 本人希望 貧血  
その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）
- ・検査当日 検査 **5 時間前** から絶食してください。  
絶食のため糖尿病薬やインスリンなど食事に関する薬のみ中止してください。  
その他、抗血栓薬などの内服薬はすべて内服のまま来院してください。

大腸カメラ 大腸カメラをご希望の方は、**検査前の注意事項説明のため検査 3 日前までに一度受診が必要です。**

検査希望日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時

受診日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時（当クリニックの診療時間内の日時を記載）

- ・検査理由 腹痛・違和感 便潜血陽性 食欲不振 体重減少 腫瘍マーカー上昇  
血便 貧血 ポリペク後 follow up  
その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

②内服薬 糖尿病薬など食事に関する内服薬やインスリンなどは中止してください。

a) 抗血栓薬の有無 服用なし

服用あり・・・アスピリン チエノピリジン ワーファリン  
DOAC（薬名 \_\_\_\_\_ ） その他（ \_\_\_\_\_ ）

b) 抗血栓薬 休薬可 薬剤名（ \_\_\_\_\_ ）を \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から内服中止  
休薬不可

貴院名；  
住所；  
主治医；  
電話；  
FAX；



内科・消化器内科・内視鏡内科

にしお内科・消化器内視鏡クリニック

〒590-0022 大阪府堺市堺区戎島町 3-22-1

TEL:072-222-2225 FAX:072-222-3555