

# 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； \_\_\_\_\_ 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）

## ①検査内容 鎮静剤使用希望の方は検査当日、車・バイク・自転車でのご来院はお控えください。

胃カメラ 検査日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時（予約した検査日を記載ください）

- ・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
- その他詳細事項 \_\_\_\_\_

- ・検査当日 検査**6時間前**から絶食してください。  
絶食のため糖尿病薬など食事に関する内服薬は中止してください。  
その他、抗血栓薬などの内服薬はすべて内服のまま胃カメラの検査をします。

大腸カメラ 大腸カメラをご希望の方は、**前処置薬や検査説明のため検査3日前までに一度受診が必要です。**

検査日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時（予約した検査日を記載ください）

受診日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時（決まっていなければ記載不要）

- ・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 follow up 排便異常（便秘、下痢など）
- その他詳細事項 \_\_\_\_\_

## ②内服薬

- 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；  
ゴム印可



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

**TEL 072-222-2225 FAX 072-222-3555**

〒590-0022 大阪府堺市堺区戎島町3-22-1 南海堺駅ビル1階（東口）