

診療情報提供書（外来内視鏡検査依頼書）

平成 年 月 日

太田総合病院 内視鏡センター 担当医 行

受付時間 平日 9時～12時
13時～16時30分
土曜日 9時～11時30分
(1,3,5週：2,4週は休み)

<発信者> 貴院名 _____
電話番号 _____
FAX 番号 _____
医師名 _____ 先生

検査依頼方法

- ① 内視鏡センター専用番号 **044-233-9521** にお電話ください。
- ② ご希望の日時・医師のご希望等をお知らせください。
- ③ 日時確定致しましたら、この用紙に必要事項ご記入の上、上記 FAX 番号までお願い致します。
- ④ 当日患者様のカルテを作成してお待ちしております。検査説明等は当日行います。

ふりがな

患者氏名： _____

保険情報

性別 男・女

生年月日：M・T・S・H ____年__月__日

職業 _____

住所： _____

電話番号： _____

携帯番号： _____

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						

該当項目にご記入・チェックお願い致します

【予約日時】：平成 ____年__月__日 () 曜日 ____時__分

【検査依頼】： 上部消化管内視鏡 下部消化管内視鏡 経口内視鏡 (鎮静剤希望) 経鼻内視鏡【依頼内容】： 胸焼け 上腹部痛 下腹部痛 嘔気・嘔吐 下痢 鮮血便 黒色便 便潜血陽性 検診異常 定期検査 胃潰瘍 (疑い) 胃腫瘍疑い 大腸腫瘍疑い その他 ()【検査結果】： 当センターに検査のみ依頼、検査結果、病理は貴院へ郵送を希望。 当センターにて検査後、当院外科で結果説明・治療等を希望。

【抗血栓薬内服】：有り ・ 無し

*抗血栓薬・感染症の扱いについて：当センターでは日本消化器内視鏡学会のガイドラインに従って検査を行っております。基本的には抗血栓薬は内服継続のまま検査を行います。休薬のご指示は不要です。生検の必要性につきましては内視鏡施行医の判断に任せさせていただきます。

このため、検査当日は必ずお薬手帳持参するように患者様にお話しただければ幸いです。

また、感染症の確認も不要です。

なお、下部消化管内視鏡検査は入院でも可能です。その場合は一度外科外来にご紹介をお願いします。