

内視鏡検査依頼書 兼診療情報提供書



大麻内視鏡内科クリニック

江別市大麻東町31-1

FAX 011-386-3399

フリガナ				男・女	年齢	歳
患者氏名	様					
生年月日	T・S・H	年	月	日	電話番号	
検査内容	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 ※主に午前検査（経鼻・経口・指定なし） <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 ※午後検査 鎮静剤希望（あり・なし・指定なし）					
検査希望	① 年 月 日 時 ② 年 月 日 時 ※ 大腸カメラを希望の方は検査の3日前までに一度受診して頂きます					
検査目的	<input type="checkbox"/> 二次検診 <input type="checkbox"/> 腹部症状（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
※抗凝固剤の確認 <input type="checkbox"/> 服用なし						
服用あり	<input type="checkbox"/> 脳梗塞・心筋梗塞(1年以内)		<input type="checkbox"/> 心房細動		<input type="checkbox"/> その他	
その理由	<input type="checkbox"/> 脳梗塞・心筋梗塞(1年以上前)		<input type="checkbox"/> その他の血管閉塞性疾患（ ）			
抗凝固剤の休薬期間	<input type="checkbox"/> 上部のみ	休薬は必要ありません				
	<input type="checkbox"/> 下部	検査前日(1日のみ)休薬			<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
		ポリープ切除した場合1週間の休薬			<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
連絡事項						

ご連絡先
 貴院名： _____ 様
 先生ご氏名： _____ 先生
 FAX： _____
 TEL： _____

診療時間	月	火	水	木	金	土
9:00~12:00	●	●	●	●	●	●
昼休み12:00~13:30						12:30 まで
13:30~17:30	●	●	●	●	●	

不明な点はお電話ください

TEL 011-386-3366

FAX頂きましたら、すぐに当クリニックのスタッフが貴院様へ予約確認のお電話をさせていただきます。