

内視鏡検査依頼書 診療情報提供書



大麻内視鏡内科クリニック

〒069-0852
江別市大麻東町31-1
電話 011-386-3366
FAX 011-386-3399

ご紹介元

住所
貴院名
医師名
電話
FAX

フリガナ			住所	
患者氏名	男・女			
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"/> 服用あり <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	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				

不明な点はお電話ください

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。

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