

診療情報提供書

(内視鏡検査用)

貴院名： _____

先生ご氏名： _____ 先生

Tel： _____ Fax： _____

患者 氏名： _____ 様 男・女

生年月日： T・S・H 年 月 日 (才)

住所： 〒 _____

Tel： (自宅) _____ (携帯) _____

(※当日ご連絡のつくよう携帯電話番号もご記入お願いします。)



医療法人医泉会 泉ヶ丘内視鏡クリニック

〒590-0111 大阪府堺市南区三原台1丁1-3

ジョイパーク泉ヶ丘2階

TEL：072-288-4711

FAX：072-288-4712

ご依頼検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ) <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査 (大腸カメラ)										
検査目的	<table border="1"><thead><tr><th>上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ)</th><th>下部消化管内視鏡検査 (大腸カメラ)</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> 吐血・黒色便 <input type="checkbox"/> 心窩部痛・胸焼け・腹部不快感</td><td><input type="checkbox"/> 下血・血便 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢・腹部不快感</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 検診で異常指摘 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値</td><td><input type="checkbox"/> 排便時に鮮血付着 <input type="checkbox"/> 便潜血陽性</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 胃炎・術後フォロー <input type="checkbox"/> ピロリ精査</td><td><input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値 <input type="checkbox"/> ポリペク後フォロー</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> その他 _____</td><td><input type="checkbox"/> その他 _____</td></tr></tbody></table>	上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ)	下部消化管内視鏡検査 (大腸カメラ)	<input type="checkbox"/> 吐血・黒色便 <input type="checkbox"/> 心窩部痛・胸焼け・腹部不快感	<input type="checkbox"/> 下血・血便 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢・腹部不快感	<input type="checkbox"/> 検診で異常指摘 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値	<input type="checkbox"/> 排便時に鮮血付着 <input type="checkbox"/> 便潜血陽性	<input type="checkbox"/> 胃炎・術後フォロー <input type="checkbox"/> ピロリ精査	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値 <input type="checkbox"/> ポリペク後フォロー	<input type="checkbox"/> その他 _____	<input type="checkbox"/> その他 _____
上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ)	下部消化管内視鏡検査 (大腸カメラ)										
<input type="checkbox"/> 吐血・黒色便 <input type="checkbox"/> 心窩部痛・胸焼け・腹部不快感	<input type="checkbox"/> 下血・血便 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢・腹部不快感										
<input type="checkbox"/> 検診で異常指摘 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値	<input type="checkbox"/> 排便時に鮮血付着 <input type="checkbox"/> 便潜血陽性										
<input type="checkbox"/> 胃炎・術後フォロー <input type="checkbox"/> ピロリ精査	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値 <input type="checkbox"/> ポリペク後フォロー										
<input type="checkbox"/> その他 _____	<input type="checkbox"/> その他 _____										
鎮静剤希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※検査後、約 30 分の安静が必要です。 ※当日、車の運転はできませんので、公共交通機関でご来院をお願いします。										
検査希望日	第 1 希望日： _____ 月 _____ 日 () 午前・午後 第 2 希望日： _____ 月 _____ 日 () 午前・午後 ※水曜・第 2・第 4 土曜日休診。 ※大腸カメラをご希望の方は、検査 3 日前までに一度受診が必要です (検査前の注意事項説明のため)										
既往合併症	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂質症 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 維持透析中 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 鼻の疾患 <input type="checkbox"/> その他 _____										
抗血栓薬の有無	<input type="checkbox"/> 服用なし <input type="checkbox"/> 服用あり →服用されている抗血栓薬をすべてご記載ください。 (_____) <input type="checkbox"/> 休薬可 (薬剤名 [_____] を _____ 月 _____ 日から内服中止) <input type="checkbox"/> 休薬不可										
結果・フォロー方針	<input type="checkbox"/> 貴院で説明・治療 <input type="checkbox"/> 当院で説明→貴院で治療 <input type="checkbox"/> 当院で説明・治療										

不明な点はお電話ください。

FAXをいただきましたら、当院より予約確認のお電話をさせていただきます。

診療時間・・・8:45～12:00 / 13:00～17:00

休診日・・・水曜日、第2・第4土曜、日曜・祝日