

胃内視鏡検査依頼書(診療情報提供書)

医療法人まつおかクリニック

検査予約日時

月 日 午前・午後 時 分

内視鏡検査・CT検査クリニック

TEL 0745-33-1500 FAX 0745-33-1515

フリガナ

氏名

生年月日 T・S・H 年 月 日(歳) 男 女

依頼元医療機関名

ご担当医師署名

TEL

FAX

移動 : 独歩 車いす

郵便番号

住所

電話番号

携帯番号

結果説明について

当院の医師による結果説明を希望。

どちらかをお選びください

結果の返送のみを希望。検査前に診察を行いますので、予約時間30分前にお越しください。

確定所見について

FAXを希望する。郵送もさせていただきます。

どちらかをお選びください

FAXを希望しない。郵送のみさせていただきます。

必ずご記入ください

検査方法

臨床診断

別紙参照

経口カメラ(鎮静剤使用あり)

経口カメラ(鎮静剤使用なし)

経鼻カメラ(鎮静剤の使用はありません)

鎮静剤使用の場合は検査当日、車・バイク・自転車に乗ることは出来ません。

検査方法が分からない場合は当日相談させていただきます。

経過および検査目的

別紙参照

ぜん息 : あり なし

アレルギー体質 : あり() なし

内服薬 別紙参照

手術経験

抗凝固剤の内服 : あり() なし

抗凝固剤の休薬 : 可能(期間) 不可

※検査前日の21時より絶食してください。飲水は可。(降圧剤内服の方は当日の朝の分も早めに内服して下さい)

※大腸内視鏡を同日に行う場合は、検査1週間前までに当院に来院していただき検査の説明を受けて頂きます

※予約を取られましたら、この用紙と診療情報提供書をまつおかクリニックまでFAXお願いいたします。

※画像はCD(ビューアー付)にて患者様にお渡しいたします。