

診療情報提供書

(内視鏡検査用)



FAX

06-6732-3700

紹介元医療機関

【保険情報】

住所

TEL

FAX

医師名

保険者番号							
記号・番号	.						
本人・家族	本人 . 家族						
公費負担番号							
公費受給者番号							
負担割合	0割・1割・2割・3割						

【患者情報】

ふりがな	住所 〒
患者氏名 男・女	
生年月日	
T/S/H 年 月 日	TEL

【検査依頼内容】

- ☐ 上部内視鏡検査 ☐ 経口（鎮静 あり ・ なし） ☐ 経鼻
☐ 下部内視鏡検査 （下部は基本的には鎮静で行います）

【検査目的】

- ☐ 喉の違和感 ☐ 胸やけ ☐ 胃部不快感 ☐ 食欲低下 ☐ 便潜血陽性
☐ 便秘・下痢などの排便異常 ☐ 健診にて指摘 ☐ スクリーニング
☐ その他（ ）

【検査希望日】 ※上部内視鏡検査は午前、下部内視鏡検査は午後に行います。

- ☐ 希望日なし（なるべく早く） ☐ 当院と本人と直接相談（連絡先：上記 or ）
☐ ____曜日希望（木曜日は検査不可）
☐ ____月____日（第一希望） 、 ____月____日（第二希望）

【下部内視鏡検査 前処置】

患者様への前処置薬（下剤など）のお渡し説明が必要になりますので事前の受診が必要な旨をご説明ください。
検査数日前までに当院に受診していただきます。

【薬剤アレルギー】 ☐ なし ・ ☐ あり（ ）

【既往歴】
（ ）

【現在、服用されているお薬】
（簡易で： ）

【抗血栓薬の服用について】 ☐ なし ・ ☐ あり（ PT-INR： ）

ありにチェックがある方で、不明な点があればご連絡ください。

【備考欄】



奥 医院
oku clinic

〒577-0834 東大阪市柏田本町 3-8

TEL : 06-6721-1324

FAX : 06-6732-3700