

# 【胃内視鏡検査依頼書・診療情報提供書】

貴院名： \_\_\_\_\_ 様 主治医先生ご氏名： \_\_\_\_\_ 先生

ふりがな

患者様氏名： \_\_\_\_\_ 様 男・女 生年月日： S・H 年 月 日 ( 才 )

住所： 〒 \_\_\_\_\_

連絡がつきやすい電話番号： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 【依頼内容】

- 食道つまり感     胸やけ・心窩部痛     萎縮性胃炎フォロー     胃透視異常  
 貧血精査     黒色便     腫瘍マーカー高値 ( \_\_\_\_\_ )     患者様希望  
(その他具体的に \_\_\_\_\_)

## 【抗血栓剤について】

内服     あり     なし

薬剤名) \_\_\_\_\_

抗血栓剤の休薬により血栓塞栓症の発症率が高くなるため、当院では内視鏡学会ガイドラインに準じて可能な限り抗血栓剤を継続しながら内視鏡検査・治療を行っています。  
休薬期間期間については当院スタッフからご本人さまにご説明させていただきます。

## 【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  
第3希望日    月    日     午前     午後

## 【胃内視鏡 当日依頼】

絶食であれば当日でもご対応させていただきます。

当日内視鏡対応可能時間：9:00～11:30、16:00～18:30

Faxと合わせて、当院へお電話（079-294-8484）でも、ご連絡をお願いいたします。

FAXを頂きましたら、同日中に当クリニックのスタッフが患者様に予約確認のお電話をさせていただきます。

\*当クリニックの診療時間内での対応とさせていただきます。



書写西村内科

兵庫県姫路市書写1019-620    ☎ TEL：079-294-8484

📠 FAX：079-295-2220