診療情報提供書（内視鏡検査用）

・お電話（ 0798-34-8600 ）で検査日あるいは外来予約日を確定後にファックスをお願いいたします。

・胃カメラのご依頼時は検査日を、大腸カメラのご依頼時は外来予約日を予約してください。

当院ファックス番号
0798-34-8610

年　　月　　日

ふりがな		ご年齢	性別
お名前		歳	男性　　女性
生年月日	大正　昭和 平成　　年　　月　　日生	電話番号	□ご自宅 □携帯電話 □ご勤務先
ご住所	〒		
医院様名	貴院ID:	□検査日 ※胃カメラの場合 □外来予約日 ※大腸カメラの場合	月　　日

お申し込み検査

□ 上部内視鏡検査	□ 下部内視鏡検査

検査目的	□スクリーニング　□精査（ □検診異常　□便潜血陽性　□血便）　□経過観察 □その他:
依頼内容	＜詳細な検査目的、合併症などがあれば記載してください。＞
これまでの検査有無	□ 初回検査　　□ 2回目以降
検査結果	□ 貴院で説明　　□えいしん内科・消化器内科クリニックで説明

確認事項

上部内視鏡検査の場合は（1）～（3）、下部内視鏡の場合（1）～（4）の項目をチェックしてください。

（1）抗コリン剤（ブスコパン）使用について	□可能　　□使用不可　※理由をご記入ください
（2）検査中の鎮静剤・鎮痛剤の使用について	□希望する　　□希望しない ※『希望』の場合は運転での来院は控えるようご説明をお願いいたします。
（3）抗凝固薬の内服、休薬指導について	□内服なし　　□休薬指示済み　　□観察のみ
（4）腸管洗浄液（モビプレップ、ニフレックなど）の内服について	□内服可　　□内服不可

えいしん内科・消化器内科クリニック
〒662-0926
兵庫県西宮市鞍掛町8-3くらかけクリニックモール3F
電 話 番 号: 0798-34-8600
ファックス番号: 0798-34-8610