診療情報提供書（内視鏡検査用）　FAX：072-697-2006

※お電話（072-697-2001）で検査日あるいは外来予約日を確定後に FAX をお願いします。
※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。

ふりがな		年齢	歳	性別	男性 女性
氏名					
生年月日	大正 昭和　年　月　日生 平成	電話番号	自宅 携帯 勤務先		
郵便番号	〒	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）	年　月　日		

お申込み検査：□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。）
これまでの検査の有無	□初回検査　□2 回目以降
検査結果	□貴院で説明　□「南平台かどたクリニック」で説明

確認事項：
※上部内視鏡検査の場合は①～③、下部内視鏡の場合は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）の使用について　□可能　□使用不可（理由：　）
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
※希望時、運転での来院は控えるようご説明をしてください。
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

南平台かどたクリニック