

# 内視鏡検査依頼書

FAX番号 06-6955-8481 やまもと消化器クリニック 宛

平成 年 月 日

紹介元医療機関

名称

医師名

TEL/FAX

ふりがな

氏名

T S H 年 月 日生 ( ) 歳

( 男 ・ 女 ) 連絡先電話番号 ( ) -

依頼検査  胃カメラ ( ) 経鼻内視鏡検査 ( ) 経口内視鏡検査(鎮静薬使用)

大腸カメラ 鎮静薬使用希望 → ( ) 有 ( ) 無

検査前下剤服用 → ( ) 自宅 ( ) クリニック

※希望される検査項目に○をして下さい

※両検査を同日に行うことも可能です。希望の方は両方に○をして下さい

## ① 検査日時

一番早い日時を希望

① 月 日 (第1希望)

② 月 日 (第2希望)

※ 胃カメラは9:00~11:30の間、大腸カメラは12:30からの検査になります

## ② 検査目的

喉の違和感  胸やけ  胃部不快感  食欲低下  貧血  体重減少  
 便潜血陽性  便秘・下痢などの排便異常  健診にて異常指摘(自覚症状なし)  
 その他( )

## ③ 抗血栓薬の服用

無  有 服用されている薬に○を付けて下さい

バイアスピリン プレタール プラビックス パナルジン

タケルダ コンプラビン ワーファリン

イグザレルト プラザキサ リクシアナ エリキユース

## ④ 抗血栓薬の中止

可  不可

( ※胃カメラは中止不要です。大腸ポリープ切除を行う場合は原則5日前から中止が必要です)

FAXを頂いてから出来る限り早く返信致します。15分経っても返信がない場合はお電話ください

※ 水曜日は休診日ですので頂いたFAXは木曜日の9:00に返信致します。

お急ぎの場合、090-1130-9251まで御連絡下さい

やまもと消化器クリニック

536-0013 大阪市城東区嶋野東3丁目4-18 嶋野東あさひビル2階

TEL 06-6955-8484