

診療情報提供書・内視鏡検査依頼書

貴院詳細	医療機関名	医) 北樟会 きたいクリニック TEL : 072-879-2540 FAX : 072-879-3314	
	担当医ご氏名		
	TEL		
	FAX		
患者情報	ふりがな	電話	
	患者氏名	生年月日	年 月 日
	住所：〒		
	保険： <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保		

該当項目にチェックをお願いします。

<検査目的>

- 胃痛・胸やけ 胃潰瘍（疑い） バリウム検査での異常 萎縮性胃炎フォロー
 便潜血陽性 血便精査 大腸ポリープフォロー 腫瘍マーカー高値
 その他具体的に（ _____ ）

<依頼検査内容>

- 上部消化管内視鏡**（月～土の午前中、月～水・金は夜診帯でも行っております）
 経口内視鏡
 ※拡大観察を用いて詳細な検査が可能です。また、鎮静下で行うことが多いです。
 胃炎や胃潰瘍の既往、精密検査が目的の場合は経口内視鏡をお勧めいたします。
- 経鼻内視鏡**
 ※細径の専用スコープを使用します。のどの反射が少なく、比較的楽に受けていただけます。
 鎮静剤を使用しないことが多く、画面を供覧しながらの検査が可能です。
【ピロリ菌陽性の場合： 貴院(紹介元)での治療を希望、 当院での治療を希望】
- 下部消化管内視鏡**（月～水・金の午後に行っておりますが、都合がつかない場合はご相談下さい）
 （基本的にセデーションで行います。日帰りでのポリープ切除が可能です。）

<検査希望日>

第1希望日： 月 日 () : ~ / 第2希望日： 月 日 () : ~

- 直近の検査を希望される方は、**チェックをお願いします。

<内服薬>

抗血栓薬(抗凝固薬・抗血小板薬)の内服： あり なし

詳細（ _____ ）

※当クリニック診療時間内に FAX を頂きましたら、予約確認の電話をさせていただきます。

その際に内服薬の休薬の必要性・期間などの詳細もお伝えいたします。



医療法人 北樟会

きたいクリニック

整形外科・消化器内科・内視鏡内科

リハビリテーション科・リウマチ科・肝臓内科

〒575-0023 大阪府四條畷市楠公2丁目8-10