

内視鏡検査依頼書

FAX 番号：050-3134-8070

新潟三条 ささき内科・消化器内科クリニック宛

年 月 日

紹介元医療機関

医療機関名：

医師名：

TEL/FAX：

ふりがな

氏名 _____

生年月日： _____ 年 月 日

男性・女性 連絡先電話番号： _____ (_____) _____

依頼検査

胃カメラ () 経鼻内視鏡検査 (鎮静剤なし) () 経鼻内視鏡検査 (鎮静剤使用)

大腸カメラ 鎮静剤使用希望 ▶ () 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

検査日時

一番早い日時を希望

① 月 日 (第一希望)

② 月 日 (第二希望)

*胃カメラは①9:30②10:30③14:00 (大腸カメラ同時検査) に検査になります

*大腸カメラは①14:00②15:00 に検査になります

検査目的

喉の違和感 胸やけ 胃部不快症状 食欲低下 貧血 体重減少

便潜血陽性 便秘や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 ()

抗血栓薬の服用

無 有 服用されている薬に○をつけてください

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 エリキュース

抗血栓薬の中止

可 不可

組織検査が必要な場合は、当院で抗血小板薬の置換を行うことができます。大腸ポリープ切除は原則必ず休薬が必要です。休薬についての判断を、お任せいただく場合は、検査日はクリニックで確定させていただきます。

FAX を頂いてから、出来る限り早く返信致します。30分経っても返信がない場合はお電話ください

*水曜午後は休診日ですので、木曜午前中に返信いたします

*お急ぎの場合は 070-3998-6803 までご連絡下さい



新潟三条
ささき内科・消化器内科クリニック
Niigata Sanjyo SASAKI GI clinic

955-0046 新潟県三条市興野 1-18-13

TEL:0256-46-8488 FAX:050-3134-8070