

## つくば消化器・内視鏡クリニック：内視鏡検査依頼書

ご依頼医療機関名 \_\_\_\_\_ 主治医先生ご氏名 \_\_\_\_\_

電話番号：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX 番号：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

フリガナ

患者氏名 ( \_\_\_\_\_ ) 性別 ( 男・女 )

生年月日： 昭・平・令・西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

住所 〒 \_\_\_\_\_

自宅電話：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 携帯電話：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 【ご依頼の目的】

上部消化管内視鏡検査：本依頼書で直接検査予約が可能

経過観察： 萎縮性胃炎  逆流性食道炎  食道がん治療後  胃がん治療後

他 ( \_\_\_\_\_ )

原因検査： 嚥下困難  胸やけ  心窩部痛  貧血  黒色便  他 ( \_\_\_\_\_ )

精密検査： 胃X線検査で異常  ピロリ菌陽性  他 ( \_\_\_\_\_ )

その他の目的・コメント \_\_\_\_\_

下部消化管内視鏡検査：本依頼書で事前診察の予約のみ可能

経過観察： 潰瘍性大腸炎  クロウン病  大腸ポリープ  大腸がん治療後

他 ( \_\_\_\_\_ )

原因検査： 下痢  便秘  血便  腹痛  貧血  他 ( \_\_\_\_\_ )

精密検査： 便潜血陽性  大腸CTで異常  他 ( \_\_\_\_\_ )

治療： 大腸ポリープ切除  他 ( \_\_\_\_\_ )

その他の目的・コメント \_\_\_\_\_

\*検査の説明や前処置薬のお渡しのため、事前の診察が必要な旨をご説明させていただきます。

### 【鎮静剤の希望】

あり  なし  患者判断

### 【抗血栓薬の有無】

あり (薬剤名： \_\_\_\_\_ ) ⇒  休薬可 (薬剤名： \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 日間)  休薬不可

なし  不明

### 【検査の希望日】

・第1希望： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日、第2希望： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日、第3希望： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・FAXの内容を確認し、同日中にスタッフから患者さまへ予約日程調整のお電話をさせていただきます。

 内科・胃腸内科  
つくば消化器・内視鏡クリニック  
Tsukuba Endoscopy Clinic

〒305-0821  
茨城県つくば市春日3丁目1-1  
つくばクリニックセンタービル3F  
TEL 029-886-9798

FAX: 029-875-9605