

## 内視鏡検査（胃・大腸）検査予約表（診療情報提供書）

貴院名： \_\_\_\_\_ 様  
担当医師名： \_\_\_\_\_ 先生  
電話番号： \_\_\_\_\_

### ●紹介患者様情報

氏名	_____	性別	男・女	生年月日	昭・平		
					年	月	日

### ●ご依頼内容

#### □胃カメラ

胃痛・胸やけ 胃炎 follow ピロリ菌精査 バリウムで異常指摘

その他具体的に： \_\_\_\_\_

#### □大腸カメラ

便潜血検査陽性 血便精査 便秘・下痢 大腸 polyp 切除後

その他具体的に： \_\_\_\_\_

※大腸カメラは原則、一度来院していただき注意事項の説明と確認をさせていただきます。

### ●抗凝固薬・抗血小板薬の内服

薬剤名： \_\_\_\_\_

【検査希望日】 第一希望： 月 日 時頃  
第二希望： 月 日 時頃  
第三希望： 月 日 時頃

※お手数をおかけしますが可能な場合は事前に FAX をお願いいたします※

医療法人 しばじクリニック

TEL: 075-661-3400 Fax: 075-661-3401