さかもと内科・消化器クリニック　FAX：078-595-8608　TEL:078-595-8607

内視鏡検査依頼書（診療情報提供書）

さかもと内科・消化器クリニック　御中

紹介医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

<table>
<tr><td rowspan="2">お名前</td><td>ふりがな</td><td>性別</td><td colspan="3">生年月日</td></tr>
<tr><td></td><td>男・女</td><td colspan="3">明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　才）</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2">〒</td><td>電話番号</td><td colspan="2">（　　）</td></tr>
<tr><td>検査部位</td><td colspan="5">□上部　□下部　□上下部　※同日に上下部行うことも可能です。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">検査希望日</td><td colspan="5">特になし　※上部は受診当日に検査可能です。下部は検査日前に一度診察に来ていただく必要があります。</td></tr>
<tr><td>第１希望</td><td>月　日</td><td>第２希望</td><td>月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>既往歴</td><td colspan="5">□緑内障　□心疾患（ 疾患名：　　）□前立腺肥大症
□糖尿病（ 内服有り（　　）、インスリン ）
□腎機能障害（ 透析：有　無 ）</td></tr>
<tr><td>服薬状況</td><td colspan="5">抗凝固・抗血小板薬　※中止可能な場合は、中止指示を頂けると幸いです。
(もし中止不能な場合は内服されているままでも検査は可能です。その旨をご指示ください)
□なし
□あり（ 薬剤名：　　中止指示　月　日より中止指示/　　中止不可 ）
（ 薬剤名：　　中止指示　月　日より中止指示/　　中止不可 ）</td></tr>
<tr><td>検査目的</td><td colspan="5">（臨床診断、臨床症状等）</td></tr>
<tr><td colspan="6">□別紙参照</td></tr>
</table>