検査依頼票兼 診療情報提供書

依頼者	医療機関名 担当医		検査施設 **飯田内視鏡内科** Tel 06-6730-7070 Fax 06-6730-7050
	TEL FAX		

患者情報	ふりがな 患者氏名	電話 生年月日 年 月 日
	住所〒	
	保険 : ☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 高齢 ☐ 後期 ☐ 生保	

※胃と大腸の検査を同日に受ける事は出来ませんので、ご了承ください。

依頼内容	☐ 上部(胃)内視鏡検査 ※ご希望の際は下記もチエック下さい **☐ ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎について、飯田内視鏡内科で除菌治療を希望**
	☐ 下部(大腸)内視鏡検査 ⇒検査食のお渡し方法 ※必ずご記入下さい ☐郵送(後払い 740 円) ☐検査 2 日前までに来院
	検査希望日 年 月 日 ※検査の緊急性の有無 ☐あり ☐なし
抗血栓薬	☐服用なし ☐服用あり( ) ☐休薬可 ☐休薬不可
	※ワーファリン内服中の場合は、検査日より、7日以内の PT-INR をお知らせください
緑内障	☐有 ☐無 眼科名【 】
C 型肝炎治療薬 ヴィキラックス®使用	☐有 ☐無

※抗血栓薬の休薬不可能な場合、原則ポリープ切除は行いませんが、強い希望のある場合は院長の診察の上、決めさせて頂きます。

《依頼目的・患者情報・既往歴・服薬内容》

※大腸内視鏡検査に限りまして、以下の症例に関しては、**外来検査・治療**の適応外とさせて頂きますので、ご配慮下さい。

※透析患者で、術後の透析条件変更ができない(透析主治医の了解を得られていない)。
※高齢者(80 歳以上)や独居老人で、検査の理解が出来ない場合。
※検査のリスク・術後内服治療の理解が出来ない患者。