

# 検査依頼票兼 診療情報提供書

依頼者	医療機関名		検査施設		
	担当医		飯田内視鏡内科		
	TEL		Tel	06-6730-7070	
	FAX		Fax	06-6730-7050	
患者情報	ふりがな	電話			
	患者氏名	生年月日	年	月 日	
	住所〒				
	保険： <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 上部(胃)内視鏡検査 ※ご希望の際は下記もチェック下さい <input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> 下部(大腸)内視鏡検査 ⇒ <u>検査食のお渡し方法</u> ※必ずご記入下さい <input type="checkbox"/> 郵送(後払い1個 1000 円) <input type="checkbox"/> 検査 2 日前までに来院			
	検査希望日	年	月	日
抗血栓薬	<input type="checkbox"/> 服用なし			
	<input type="checkbox"/> 服用あり 【 <input type="checkbox"/> 休薬可 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 眼科名 【 <input type="checkbox"/> 】				
C 型肝炎治療薬 ヴィキラックス®使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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、決めさせていただきます。

《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**の適応外とさせていただきますので、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。