

診療情報提供書 兼 検査依頼書

紹介元医療機関 ※押印可

名称

フリガナ	
患者氏名	(男・女)
足柄上病院ID	
現住所	
TEL	
生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日 歳

住所

TEL

FAX

医師

連絡担当者

消化器内科 担当医 御中

● * 上部消化管内視鏡検査 当日 予約(希望日)
セデーション(鎮静剤) 希望する 希望しない

● 超音波検査 当日 予約(希望日)
〔 * 腹部 ・ 頸動脈 ・ 下肢静脈 ・ 表在(甲状腺) ・ 心臓 〕

※ 当日検査につきましては10時までの申し込みが必要です。

※ 緊急の内視鏡検査のご依頼は、直接消化器内科医師へ電話でご相談下さい。

鎮静剤をご希望の場合は当日、車の運転が出来なくなることをお伝え下さい。(別紙参照)

検査の注意事項

- * 印の検査は、朝から絶飲食でお越しください
経口糖尿病薬、インスリン製剤は当日朝は中止としてください
- 内視鏡検査は抗血栓薬を飲んでいる場合、可能な範囲で休薬して下さい(下記参照)
なお休薬がなくても状況によって生検は行います。

バイアスピリン:3日間 プラビックス・エフィエント:7日間
プレタール:3日間 ワーファリン:3日間 DOAC:1日間

検査目的	<input type="checkbox"/> 検診精査 <input type="checkbox"/> その他精査 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 患者希望 <input type="checkbox"/> ()
抗血栓薬 ※内視鏡検査 のみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 _____ ⇒ <input type="checkbox"/> 続行 <input type="checkbox"/> __日前から中止

必要時、下欄に詳記ください
(病歴、重点的に観察を希望する部位など)

総合診療科・小児科(18歳未満) 担当医 御中

● 脳波 予約(希望日)

※ 当日検査につきましては10時までの申し込みが必要です。

本状を地域医療連携室にてFAX受信受付後、折り返し予約回答書をFAX送信いたします。

FAX(地域医療連携室直通)

0465-82-1191

FAX予約に関する問い合わせ先

0465-83-0351(代) 内線3331

当日検査FAX受付時間

平日 8:30~10:00

予約検査FAX受付時間

平日 8:30~16:30