

診療情報提供書 兼 検査依頼書

神奈川県立足柄上病院  
消化器内科 担当医 御中

紹介元医療機関 ※押印可

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

名称 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

医師 \_\_\_\_\_

連絡担当者 \_\_\_\_\_

依頼検査

- 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

1. \*印の項目は朝から絶飲食でお越しください
2. 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
3. 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)	

<神奈川県立足柄上病院 地域医療連携室FAX検査予約>

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**

当日検査FAX受付時間  
**平日 8:30~10:00**

FAX予約に関する問い合わせ先  
0465-83-0351(代) 内線3331

予約検査FAX受付時間  
**平日 8:30~16:30**