

上部内視鏡

依頼票

至急の場合、
レを入れて下さい。

医療機関名: ●●クリニック

依頼医師: ●●●●先生

患者氏名(カタカナでご記入ください)

生年月日

ハンナン タロウ 様

男
女

39才

大正 昭和
平成 令和

55年12月1日

直近からご案内します。ご都合の悪い日などあればご記載下さい。

<備考欄>

3日前より心窩部痛。上部消化管精査希望

希望なし

ワーファリン内服中の患者様は、内視鏡検査予約日より約1ヶ月以内の採血にてPT INR検査をお願いします。採血データがなければ当院にて検査(※)を実施させていただきます。抗血小板薬・抗凝固薬は、検査当日の朝には服用されないよう患者様にご案内下さい。検査終了後、昼より服用可能です。

(※3割負担の方であれば、700円程度の費用負担が発生します)

ワーファリンの服用(有)

採血データ(有)

当
ワー

ワーファリンの服用があればチェックを入れてください。

【予約】
案内票
方は、
日持参

採血データがあればチェックを入れてください。

【1日目】 診察・胃カメラ検査

【2日目】 結果説明