

上部内視鏡

依頼票 兼 診療情報提供書

至急の場合、
しを入れて下さい。

医療機関名:

依頼医師:

先生

患者氏名(カタカナでご記入ください)

男
女
才
様

生年月日

大正・昭和
平成・令和

年 月 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。

<ご依頼理由>

詳細な記載が必要な場合は別紙添付をお願いします。

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)

【FAXご予約】

当院(地域連携室)より予約案内票のみ送付します。

ワーファリンを服用されている方は、採血データを事前に地域連携室までFAXか当日持参お願いします。



【1日目】 診察・胃カメラ検査



【2日目】 結果説明