

貴院名

主治医先生氏名

TEL

FAX

※FAX受信後、当院スタッフより予約確認のお電話をさせていただきます

ふりがな

患者氏名

年 月 日生 / 歳 (男性・女性)

住所 〒

電話 (自宅)

(携帯)

【検査内容】

 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ) 下部消化管内視鏡検査(大腸カメラ)

【検査希望日】

第一希望日: 月 日 () : ~

第二希望日: 月 日 () : ~

※胃カメラ 月火木金土 9:00 10:00 11:00 大腸カメラ 月火木金土 13:00 14:00 15:00

【検査目的】

 有症状 (経過観察(詳細: 便潜血陽性 ピロリ菌検査陽性 その他 ()

【確認事項】

● 抗凝固薬について 内服無し 休薬可能 休薬不可 観察のみ

● 鎮静剤の使用について(希望の方は、当日自転車・バイク・車の運転ができないことをご説明ください)

 希望する 希望しない● 抗コリン薬の使用について 可能 不可能(理由:)

● 腸管洗浄剤(モビプレップまたはマグコロール散)の内服について

 内服可能 不可能(理由:)

● ポリープの日帰り切除について

(希望の方は、1週間の飲酒・食事制限、長距離移動の制限・運動制限が出ることをご説明ください)

 希望する 希望しない

【内視鏡検査後の方針】

 説明・治療は貴院で 当院で説明、貴院で治療 当院で説明、治療 その他 ()

記載して頂いた情報は診察目的のみに使用し、他の目的で第三者に開示することはいたしません。

本町ふしたに
内科・消化器内視鏡
クリニック

〒550-0012

大阪市西区立売堀1丁目8-1 本町立売堀ビル1F

TEL 06-6533-3633