

先生

泰玄会病院 地域連携室

TEL 0586-61-2121

FAX 0586-61-2545

内視鏡検査依頼書

氏名 様 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

希望日 ① 令和 年 月 日 希望日 ② 令和 年 月 日

- ★ 胃カメラ、大腸カメラは、毎週 火曜日と第1、第3土曜日、日曜日を除く曜日(祝日可)で予約を承ります。
- ★ 予約したその日に検査を実施し、患者様へ検査の結果を説明致します。
注) 病理組織検査を実施した際は、結果説明が後日となります。
- ★ 紹介状は、検査当日に持参していただくよう患者様へご説明ください。

胃カメラ、大腸カメラのいずれかにチェックしてください。

 胃カメラ(上部内視鏡検査)

- 該当するものがあればチェックをお願いします。
 - 糖尿病薬を服用している。
 - インスリンを使用している。
 - 抗血栓薬を服用している。



- 地域連携室へこちらの用紙をFAXし、お電話ください。
確認後、予約表をFAX致します。



- リーフレットをもとに患者様へ説明をお願いします。

 大腸カメラ(下部内視鏡検査)

- 該当するものがあればチェックをお願いします。
 - 糖尿病薬を服用している。
 - インスリンを使用している。
 - 抗血栓薬を服用している。



- 地域連携室へこちらの用紙をFAXし、お電話ください。
確認後、予約表をFAX致します。



- プルゼニド/センノシド等 2錠処方をお願いします。



- リーフレットをもとに患者様へ説明をお願いします。