

貴院名： _____ 様
 主治医先生ご氏名： _____ 先生
 Tel： _____ Fax： _____

ふりがな
 患者氏名： _____ 様 男・女
 生年月日： T・S・H 年 月 日 (才)
 住所： 〒 _____
 Tel： _____ / _____
 (※できれば当日ご連絡のつくよう携帯電話番号もご記入お願いします。)

<保険情報>

保険者番号									
記号・番号									
被保険者							続柄		
公費負担番号									
受給者番号									
負担率							()		割

該当項目にチェックをお願いします。

【依頼検査】

- 上部消化管内視鏡検査 (GIF)
- 経口内視鏡 (拡大内視鏡で詳細に観察可能です。基本セデーションで行います)
- 経鼻内視鏡 (セデーションなしでも比較的楽に受けていただけます)
- 下部消化管内視鏡検査 (CF)
- (基本セデーションで行います。日帰りでもポリープ切除が可能です)

【依頼内容】

- 胃痛・胸焼け 胃潰瘍 (疑い) バリウムで異常指摘 腫瘍マーカー高値 便潜血陽性
- 萎縮性胃炎フォロー 大腸ポリープフォロー 血便精査 便秘・下痢など
- (その他具体的に) _____

【検査希望日】

第1希望日： _____ 月 _____ 日 () : ~
 第2希望日： _____ 月 _____ 日 () : ~
 第3希望日： _____ 月 _____ 日 () : ~

胃カメラ
 9:30~, 10:30~, 11:30~, 12:30~
 13:30~, 14:30~, 15:00~, 16:00~

大腸カメラ
 平日 13:30~, 14:30~
 土曜 12:30~, 13:30~

★至急の場合は、当日どの時間帯でも可能ですので、お気軽にお電話下さい。

【中止薬剤】(生検・ポリープ切除時には一時的に中止剤が必要です)

- あり なし
- プラピックス (10日前~中止をお願いします)
- バイアスピリン (7日前~中止をお願いします)
- ワーファリン (5日前~中止をお願いします)
- プレタール (3日前~中止をお願いします)
- その他 ()

※その他中止薬剤および中止期間につきましては、HP上【内視鏡をご紹介頂く医療機関の皆様へ】をご覧ください。
<http://sato-naika-clinic.com/shokai/>

FAX 頂きましたら、すぐに当クリニックのスタッフが貴院様へ予約確認のお電話させていただきます。
 (*当クリニック診療時間内での対応とさせていただきます)

★ご予約は、お電話でも直接承りますので、お気軽にクリニックへご連絡下さい。TEL: 06-6353-3838

医療法人 佐藤内科クリニック 内科・消化器内科 院長 佐藤 公昭
<http://sato-naika-clinic.com/>
 TEL: 06-6353-3838
 〒530-0041 大阪府大阪市北区天神橋4丁目6-14