

# 診療情報提供書(内視鏡検査・診察依頼書)

ご依頼医療機関名: \_\_\_\_\_  
 主治医先生ご氏名: \_\_\_\_\_ 先生  
 電話番号: \_\_\_\_\_ FAX 番号: \_\_\_\_\_  
 ふりがな  
 患者氏名: \_\_\_\_\_ 様 性別(男・女)  
 生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)  
 住所: 〒 \_\_\_\_\_  
 自宅電話: \_\_\_\_\_ 携帯電話: \_\_\_\_\_

## くすもと内科・内視鏡クリニック FAX:072-752-8777

【該当項目にチェック☑をお願いします】

上部消化管内視鏡検査

- 目的 原因検査 胸やけ 心窩部痛 嘔気 胃部膨満感 その他 ( )  
経過観察 逆流性食道炎 萎縮性胃炎 胃がん治療後 その他 ( )  
精密検査 バリウムで異常 胃がん検診 貧血 その他 ( )  
その他 ( )

下部消化管内視鏡検査：事前診察の予約のみ可能です

- 目的 原因検査 便秘 下痢 血便 腹痛 その他 ( )  
経過観察 大腸ポリープ 大腸がん治療後 その他 ( )  
精密検査 便潜血陽性 貧血 その他 ( )  
その他 ( )

【検査・診察希望日】

第1希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 第2希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 第3希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

【日程調整のご連絡先】

- 貴院へご連絡  
 患者様へ直接お電話して調整

※患者様へ連絡する場合の希望時間帯：午前 午後 いつでもよい

※FAXの内容を確認し、同日中に当院スタッフから上記のご希望に沿って予約日程調整のお電話をさせていただきます。

※上部消化管内視鏡検査は以下の時間で行っています。

日	月	火	水	木	金	土
9時～11時 30分間隔	9時～11時 30分間隔	9時～11時 30分間隔	9時～11時 30分間隔	休診日	9時～11時 30分間隔	9時～11時 30分間隔
	13時00分 13時30分	13時00分 13時30分	13時00分 13時30分		13時00分 13時30分	13時00分 13時30分
	16時00分 16時30分		16時00分 16時30分		16時00分 16時30分	

