



# 上部消化管内視鏡検査依頼票 兼 診療情報提供書

紹介元医療機関		記入日			年	月	日
医療機関名							
医師名							
<b>患者様</b>							
氏名	フリガナ						
	様 (男・女)						
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	(才)		
電話番号		緊急連絡先					
依頼目的 (主訴・傷病名)							
検査方法	経鼻 ・ 経口		セデーション	希望する ・ 希望しない			
抗血小板剤 凝固剤	無 ・ 有 (薬剤名)						
	抗血小板剤・凝固剤の中止は可能ですか。 ⇒ はい ・ いいえ						
	※中止可能の場合 ⇒ 年 月 日 より						
生検希望	無 ・ 有		妊娠・授乳の有無	なし ・ 妊娠中 ・ 授乳中			
感染症検査	無 ・ 有 ( )						
	※有の場合は、感染症データ直近3カ月分 (HBs、HCV、梅毒反応) を同封下さい。						
既往歴・手術歴	高血圧 糖尿病 喘息 緑内障 心疾患 前立腺肥大症 心臓ペースメーカー・植込型除細動器 体内挿入物 その他 ( )						
上部内視鏡歴	無 ・ 有		ピロリ菌除菌歴	無 ・ 有			
アレルギー	無 ・ 有 ( )						
義歯	無 ・ 有		シャント	無 ・ 有 (右・左)			
ADL	自立 ・ 杖歩行 ・ 車イス ・ ストレッチャー						

# 上部内視鏡検査 ダイレクト検査のご案内

1

当院 地域医療連携室にお電話下さい。  
患者様氏名・生年月日・受診希望日時をお伺い致します。

2

検査依頼票兼診療情報提供書 と 処方箋コピー をFAX  
にてお送り下さい。

3

予約票 と 内視鏡検査説明書 をFAXにて返信致します。  
患者様にお渡し下さい。

※説明書は検査までに一読頂くよう、お伝えください。

4

以下ご持参の上、予約時間の30分前までに当院 1階  
グリーンカウンターへお越し下さい。

- ①検査依頼票兼診療情報提供書
- ②感染症データ(検査を行っている場合のみ)
- ③直近の処方内容がわかるもの
- ④健康保険証
- ⑤予約票(予約時に当院からFAXしたもの)

5

検査終了後、検査結果報告書を送付致します。

※検査の内容によってはご報告まで1~2週間程度頂く場合がございます。  
あらかじめご了承下さい。



イムス富士見総合病院 地域医療連携室

TEL 049-251-3061 FAX 049-256-7636