

内視鏡検査依頼(兼 診療情報提供書)

令和 年 月 日

一宮市立市民病院

医療機関名

消化器内科 科

診療科及び
医師名

印

担当医 先生

医療機関住所

電話番号

FAX番号

★予約希望日

第1希望	月 日 ()	第2希望	月 日 ()
第3希望	月 日 ()	希望日なし	

★患者情報

ふりがな	生年月日		性別
患者氏名	大・昭 平・令	年 月 日	男 ・ 女
住所	〒		
電話番号	携帯番号	※おわかりであれば ご記入ください	

★依頼内容

検査内容	胃カメラ
病名： 目的： ☐ 経過観察 ☐ 精査希望 ☐ その他 () 詳細： ☐ 別紙診療情報提供書あり	
☆下記にチェックをお願いします（チェックが無い場合は「希望する」になります） 異常を認めた場合、一宮市立市民病院での治療を ☐ 希望する ☐ 希望しない	
※必ず記入をお願いします	抗凝固剤等の服用 ☐ なし ☐ あり 下記の薬剤に○をつけるか、記入してください。 ・ワーファリン ↳ 一週間以内のPT-INR値 () → 検査日： 年 月 日 ・イグザレルト ・プラザキサ ・エリキュース ・バイアスピリン ・パファリン ・プラビックス ・その他 () ※パーキンソン病の薬は検査4時間前までに服用。

一宮市立市民病院 地域医療連携室 平日 8:30~19:00、土曜 8:30~12:30
 TEL (0586) 71-1933 FAX (0586) 28-7058、71-1922