



上部消化管內視鏡検査依頼票 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			
患者様			
氏名	アリガナ		
	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
	・	・	・
	・	・	・

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週間程度頂くことがございます。
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