

内視鏡検査依頼書・診療情報提供書

貴院名 _____ 主治医先生 ご氏名 _____

患者様氏名 _____ 生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

TEL番号 _____

ご依頼内容

- 上部消化管内視鏡検査（経鼻・経口いずれか）
- 下部消化管内視鏡検査（日帰りポリープ切除可能）
- * 全ての検査においてセデーションができます（鎮静・鎮痛剤使用）。

希望日

- 第1希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 第2希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 第3希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 当日検査希望

- 上部消化管内視鏡検査
絶食であれば当日の検査を承ります。検査時間は16時まで

* 大腸内視鏡検査は下剤の内服が必要なため事前にお薬をお渡しします。
そのため検査前に一度受診して頂く必要があることを説明させていただきます。

* FAX を頂きましたらその日のうちに患者様に電話連絡で予約確認いたします。



大阪市東成区東小橋 1-9-19 JR 玉造駅 NK ビル 2F

院長 鼻岡 昇 Tel 06-4306-5422

Fax: 06-4306-5604