

ひだ胃腸内視鏡クリニック：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 _____

電話番号：(_____) _____ - _____ FAX 番号：(_____) _____ - _____

フリガナ

患者さまご氏名 (_____) 性別 (男・女)

生年月日： 昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____

自宅電話：(_____) _____ - _____ 携帯電話：(_____) _____ - _____

【ご依頼の内容と目的】

上部消化管内視鏡検査：直接検査予約が可能

- 目的：経過観察：萎縮性胃炎 逆流性食道炎 胃がん内視鏡的治療後 他 (_____)
原因検査：嚥下困難 胸やけ 心窩部痛 貧血 他 (_____)
精密検査：胃造影検査で異常 ピロリ菌陽性 他 (_____)
その他の目的・コメント _____

下部消化管内視鏡検査：事前診察の予約のみ可能

- 目的：経過観察：潰瘍性大腸炎 クローン病 大腸ポリープ 他 (_____)
原因検査：下痢 便秘 血便 腹痛 他 (_____)
精密検査：便潜血陽性 貧血 他 (_____)
治療：大腸ポリープ切除 他 (_____)
その他の目的・コメント _____

* 検査の説明や前処置薬のお渡しのため、事前の診察が必要な旨をご説明させていただきます。

胃腸内科診察

- 目的：治療：潰瘍性大腸炎 クローン病 機能性ディスペプシア 胃食道逆流症
便秘症 過敏性腸症候群
その他目的・コメント _____

【検査・診察のご希望日】

- ・第1希望： _____ 月 _____ 日、第2希望： _____ 月 _____ 日、第3希望： _____ 月 _____ 日
- ・FAXの内容を確認し、同日中にスタッフから患者さまへ予約日程調整のお電話をさせていただきます。



ひだ胃腸内視鏡クリニック

HIDA ENDOSCOPY CLINIC HANSHIN NISHINOMIYA

〒662-0973 西宮市田中町 5-2 西宮駅前メディカルビル 3F

TEL: 0798-26-5070

FAX: 0798-26-5071