

内視鏡 検査依頼書・診療情報提供書

西陣病院画像診断センター宛

検査日時
年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分

検査は予約制ですので、予約日時にお越しになれない場合は事前にご連絡ください（電話 075-465-6116）

患者情報	
フリガナ： 氏 名： 性 別： 男 ・ 女 生年月日： 年 月 日生 (才)	紹介元医療機関名： 診 療 科： 主 治 医： 電 話： F A X：
住 所：(〒 -)	
電 話： 携帯電話：	
検 査 名	☐ 胃・十二指腸内視鏡検査 (G F) ☐ 大腸内視鏡検査 (C F)

臨床診断・経過

抗血栓薬の使用（必須）

(抗血栓薬の使用ありの場合)

☐ なし
☐ あり

休薬

☐ なし
☐ あり

・・・() 日前より休薬

☐ アスピリン
☐ チエノピリジン
☐ 他の抗血小板剤 ()
☐ ワルファリン
☐ D O A C
☐ 他の抗凝固薬 ()

ピロリ菌（上部内視鏡検査時必須）

☐ 陽性（除菌未）
☐ 除菌成功
☐ 除菌失敗
☐ 陰性
☐ 未検査
☐ 不明（除菌判定前 ・ 詳細不明 など）

PPI・PCAB の服用

(上部内視鏡検査時必須)

☐ なし
☐ あり

その他指示

腹部超音波検査 ☐ 要 ☐ 不要読影結果（必須） ☐ 当日 ☐ 翌日以降

- お手数ですが、この内視鏡検査依頼書・診療情報提供書を申込み後すぐに FAX (075-465-7349) してください。
- 腹部超音波検査と同時に予約される場合は上記腹部超音波検査欄「要」にチェックを入れていただければ、超音波検査依頼書・診療情報提供書は不要です。
- 大腸内視鏡検査ご予約の際は、前日夜にラキソベロン 1 本を処方して頂きますようお願いいたします。

内視鏡 検査予約票

検査日時	
年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分	
胃カメラご予約の方は、検査予約時刻の 30分前 に本館1階受付までお越しいただき、この予約票をご提示ください。 大腸カメラご予約の方は、朝9時に本館1階受付までお越しいただき、この予約票をご提示ください。 なお、検査は午後からとなります。 検査は予約制ですので、予約日時にお越しになれない場合は事前にご連絡ください（電話 075-465-6116）	
患者情報	
フリガナ： 氏 名：	様
性 別： 男 ・ 女 生年月日： 年 月 日生 (才)	
持 参 品	
・検査予約票（本紙）・健康保険証・主治医より預かった書類、フィルム、CD-R	
食 事 制 限	
前日夜9時から絶食してください。水分（水・お茶）は検査の2時間前まで飲んでいただいて構いません。	



社会福祉法人 京都社会事業財団

西陣病院

〒602-8319 京都市上京区五辻通六軒町西入溝前町 1035

社会福祉法人 京都社会事業財団 西陣病院

画像診断センター

電 話：075-465-6116

FAX：075-465-7349

最寄りのバス停（市バス）

上 七 軒 203・10・50・51・55 系統

乾隆校前 206・6・46・59 系統