

# 内視鏡（上部・下部）診療情報提供書兼予約申込書

埼玉県立循環器・呼吸器病センター  
総合内科

紹介元医療機関（ご依頼元）

名称  
住所  
医師氏名  
TEL  
FAX

ご担当 先生 殿

下記の患者様を紹介します。

フリガナ 患者氏名	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日
住所 〒		
連絡先・電話番号（自宅）	（携帯）	

※鎮静下での検査をご希望の場合は入院が必要になります。

<紹介目的>

上部消化管内視鏡検査（胃ファイバー）  鎮静下での検査  希望あり

健診・ドック異常  ピロリ菌検査陽性 検査法 \_\_\_\_\_

その他症状 \_\_\_\_\_

下部消化管内視鏡検査（大腸ファイバー）  鎮静下での検査  希望あり

便潜血検査陽性

大腸ポリープ切除 症状 \_\_\_\_\_

その他の症状 \_\_\_\_\_

<症状経過・治療経過・検査結果・既往歴等>

<現在の処方>

抗血栓薬の有無 あり（薬剤名 \_\_\_\_\_ 休薬日 / ~ ） なし  
※2剤服用している場合、内視鏡検査は可能ですが生検はできません。

糖尿病薬の有無 あり（薬剤名 \_\_\_\_\_ 休薬日 / ~ ） なし

上記以外の処方 \_\_\_\_\_

※予約受付時間は8：30～16：00となります。

<お問い合わせ先>

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 患者サポートセンター  
TEL 048-536-9900（代表） FAX 048-536-9921