年　　月　　日

診療情報提供書(検査依頼書)

お申込みはTEL(FAX)でお願い致します

医療法人社団　湯川胃腸病院
TEL 06-6771-4861　FAX 06-6771-4882
〒 543-0033　大阪市天王寺区堂ヶ芝 2-10-2

医療機関の名称・所在地

TEL
FAX
宛　　医師名

患者	氏名		男・女	生年月日 年　月　日生（　　）歳	
	住所	〒 TEL　　－　　－			
保険証	保険者番号		記号		番号
	本人・家族	公費負担者番号		公費受給者番号	

傷病名	
受診希望日	①　年　月　日　午前・午後　　②　年　月　日　午前・午後
検査希望日	①　年　月　日　午前・午後　　②　年　月　日　午前・午後

主訴・経過など

検査内容（検査を希望される場合は下記の該当する事項を〇で囲んで下さい）

1. CT（ 単純・造影 ）（ 頭部　頚部　胸部・縦隔　腹部　骨盤腔　四肢 ）
2. 上部消化管内視鏡検査
   〇 鎮痛剤を用いて痛みの少ない内視鏡検査を受けることが可能です。
   〇 鎮静剤を使用する場合は検査当日は自動車・二輪車・自転車などの運転はご遠慮下さい。
3. 下部消化管内視鏡検査(予約制)
4. 腹部超音波検査(甲状腺の場合は予約制)
5. レントゲン(胸部・腹部など)
6. ピロリ菌検査
7. その他(採血・尿検査・心電図・その他)

備考	

※ 当日の上部消化管内視鏡検査をご希望の場合は前日夜9時までに食事をすまし、以降は水・お茶のみでお越し下さい。
※ 当日の腹部超音波検査や血液検査をご希望の場合は当日朝は絶食でお越し下さい。
※ 受診当日はおくすり手帳の持参をお願い致します。