

# 診療情報提供書・内視鏡検査依頼書

令和 年 月 日

医療法人社団成信会  
 福田内科医院  
 院長 福田信宏 殿

紹介元医療機関：  
 住 所：  
 T E L：  
 F A X：  
 主治医御氏名：

ふりがな	【保険情報】
患者氏名： _____ 男・女	保険者番号 _____
生年月日：T・S・H・R 年 月 日	記号・番号 _____
住所：〒 _____	区 分 _____ 本人 ・ 家族
TEL： _____ / _____	公費負担者番号 _____
※当日にご連絡がつくように携帯電話番号もご記入頂ければ幸いです。	公費受給者番号 _____
	負担割合 _____ 0割 1割 2割 3割

ご依頼検査	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査	
【上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）のご依頼】	【下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ）のご依頼】	
<input type="checkbox"/> 胃痛・胸やけ <input type="checkbox"/> バリウムで異常指摘 <input type="checkbox"/> 胃炎フォロー <input type="checkbox"/> 胃潰瘍（疑い） <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値 その他診療情報：	<input type="checkbox"/> 便潜血陽性 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 <input type="checkbox"/> 大腸ポリープフォロー <input type="checkbox"/> 血便精査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー高値 その他診療情報：	
感染症	HBV（ + - ） ・ HCV（ + - ） ・ W氏（ + - ） ・ 未検	
既往合併症	胃切除後    大腸切除後    婦人科疾患    糖尿病    維持透析中 心疾患    不整脈    緑内障    前立腺肥大症 他（ _____ ）	
抗血栓薬の服用	なし ・ あり →服用されている抗血栓薬をすべてご記載ください。 <input type="checkbox"/> 休薬可    ・ <input type="checkbox"/> 休薬不可	
内視鏡歴	胃カメラ： なし ・ あり                      大腸カメラ： なし ・ あり	
診察日時	内視鏡検査前に検査説明のため、一度ご来院が必要となります。 待ち時間を出来るだけ短くさせて頂きたいので、ご来院予定日を教えて頂けると幸いです。 ご来院予定日： _____ 月 _____ 日 午前 ・ 午後 当日ご持参品：健康保険証、お薬手帳	
ピロリ菌が検出された場合、除菌治療は	自院で行う ・ 福田内科医院にまかせる	



医療法人社団成信会 福田内科医院

瑞穂市本田1017番地の1

TEL058-327-0721 FAX058-327-0722