① 紹介元医療機関様による書類準備

・ 紹介元医療機関様に、【内視鏡検査申込依頼書】を作成していただいたうえで
患者様にお渡しいただきます。（直近の採血結果がございましたら一緒に患者様にお渡しください。）

② 患者様が当院（南川クリニック内科）に来院

・ 持ち物 （・内視鏡検査申込依頼書 ・マイナ保険（資格確認書） ・お薬手帳 など）

③ 初回来院当日

・ 診察 ・ 採血 ・ 内視鏡に関する問診 ・ 同意書の説明 ・ 検査説明

・ 検査日の予約 ※ ご高齢の方で鎮静希望がある場合、検査当日はご家族の付き添いが必要となります。

④ 検査日当日 （当日の持ち物等は、③初回来院時に説明があります。）

・ 検査実施と採血結果のご説明があります

※ 病理検査を行った場合は、2 週間後以降に再受診いただき当院から結果をご説明します。

⑤ 検査後～紹介元医療機関への報告

・ 当日検査後、病理検査を行っていない患者様は当院より「診療情報提供書」を発行し、患者様へお渡しします。

・ 病理検査を行った患者様は、2 週間後以降に当院に再受診いただき結果をご説明します。
説明後に当院より「診療情報提供書」を発行し、患者様へお渡しします。

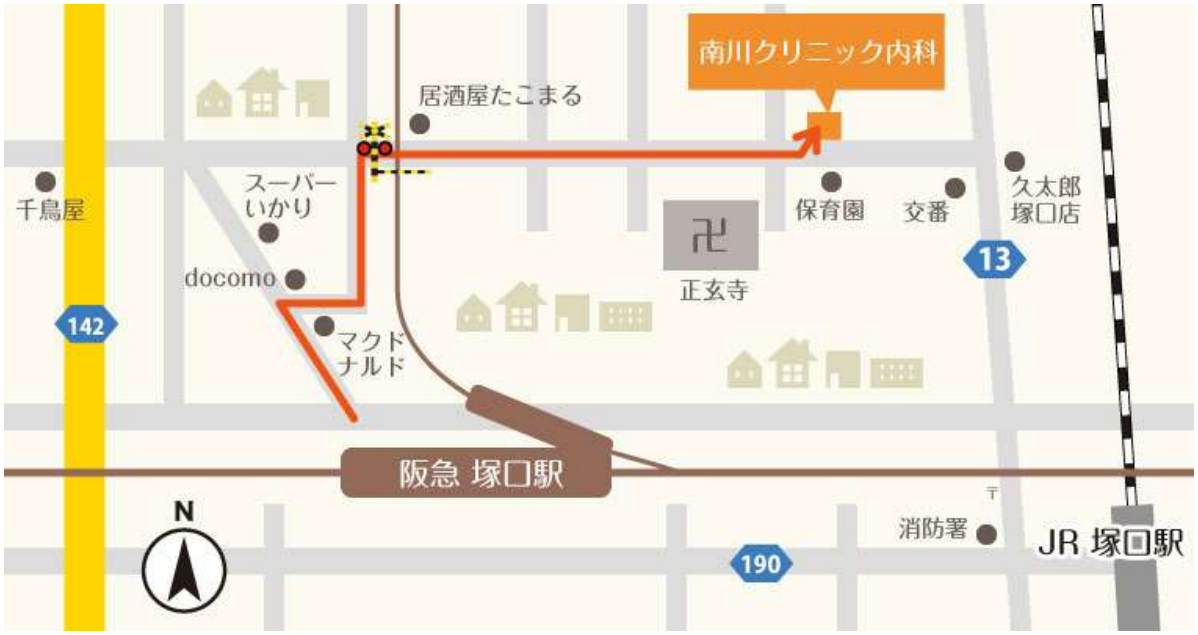
・ その後、患者様には紹介元医療機関に「診療情報提供書」をもって紹介元医療機関に再受診していただきます。

上記が一連の流れになります。
当日はどうぞお気を付けてご来院ください。
スタッフ一同、心よりお待ちしております。

【徒歩・自転車・車でのアクセス】 〒661-0001 尼崎市塚口本町 2 丁目 20-1 南川クリニック内科

駐輪場・駐車場 7 台完備

【電車でのアクセス】 阪急神戸線・伊丹線「阪急塚口」駅より徒歩 7 分 / JR 福知山線「塚口」駅より徒歩 12 分



内視鏡検査申込依頼書（診療情報提供書）

医療法人社団
南川クリニック内科
Minakawa Clinic Internal Medicine
TEL:06-6423-0202
FAX:06-6423-0035

紹介元医療機関名	ご担当医師名
住所　〒　　－	TEL: FAX:

※該当するものに☑と記入をお願いいたします。

検査種別	□　上部内視鏡検査 □　下部内視鏡検査
病名 検査目的	
過去の内視鏡検査歴の有無	□　無 □　有 有の場合：□当院　□他院 いつ頃：　　年　　月頃 鎮静：□無　　□有
抗血小板薬・抗凝固薬	□　無 □　有（薬剤名：　　）

患者様情報	
フリガナ 氏名　　男・女	生年月日 T・S・H・R　　年　　月　　日（　　）歳
住所　〒　　－	電話番号　　－　　－