

内視鏡検査(胃・大腸カメラ) 依頼伝票(FAX)

年 月 日

日本鋼管福山病院

地域連携室 行

FAX 084-945-3699

TEL 084-945-3091

FAX受付時間:月~土曜日 8時45分~17時00分

●貴施設

ご施設名 _____

住 所 _____

医師氏名(診療科) _____

電 話 番 号 () -

F A X 番 号 () -

●患者基本情報(必ずフリガナをご記入下さい)

フリガナ		性 別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳)
現住所	〒 _____	※電話番号()	-
当院の受診歴	無 ・ 不詳 ・ 有 → (カルテ番号 _____)		わかれば記載願います)
※重複登録防止のため、当院の受診歴のある方で姓が変わられた方の旧姓を確認させていただいております。		旧姓 ()	
患者さんの状況	<input type="checkbox"/> 現在外来で返事を待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
意思疎通	: 可 ・ 不可 (*不可の場合は、ご本人の日常が分かる方が付き添ってください。)		
来院時の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー	介助の必要性	有 ・ 無
		介助内容・患者さんの状態 ()	
妊娠の有無	有 ・ 無	アレルギー歴	無 ・ 有 ()
		透析の有無	有 ・ 無

●検査種別・検査目的をチェック・ご記入下さい。

依頼検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> 大腸カメラ
	抗血小板薬・抗凝固薬服用 有 ・ 無 上記薬剤名 ()	
検査目的		
CD-R	有 ・ 無	※「有」の場合は、予約日の3日前までに、当院地域連携室宛に事前郵送をお願いします。
1) 抗血小板薬、抗凝固薬を服用の場合でも休業は不要です。検査を受けられる患者様については、服用の有無および薬剤名を上欄でお知らせください。なお、薬剤を2種類以上服用されている場合は、全ての薬剤名をご記載ください。 2) 内視鏡的粘膜切除術(EMR)や内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)がご依頼目的の場合、まずは内科外来をご受診ください。 3) 大腸カメラの場合、お手数ですが、患者様に当院からお渡ししています内視鏡検査案内(パンフレット)のご説明をお願いします。 4) 大腸カメラの場合、前日服用する下剤(ピコスルファートナトリウム1本)の処方をお願いします。 5) 鎮静剤を希望される方は、検査当日は車・バイク・自転車の運転・機械の操作・仕事などできません。		

●検査希望日

① 月 日 ()	② 月 日 ()
③ 月 日 ()	④ 月 日 ()
検査実施日	胃カメラ 月~金 (11:00 ~) 大腸カメラ 月・火・木・金 (9:00 ~)

ご紹介ありがとうございました。

折り返し上記のFAXあてに「診察予約票」をお送りいたしますので、「診察予約票」を患者さんにお渡しください。

受付時間を過ぎての申込は翌日の連絡とさせていただきますので、ご了承願います。