

下部消化器内視鏡検査 予約申込書

社会医療法人 三栄会

ツカザキ病院 地域医療連携室 行

(FAX:079-272-8571)

医療機関名:

医師名:

TEL:

FAX:

(こちらの番号に予約票をお送りします)

年 月 日

患者	ふりがな													当院の受診歴													
	氏名													□ 男	□ 有 □ 無 □ 不明												
														□ 女													
	生年月日	明・大・昭・平・令				年		月		日		()		歳													
	住所	〒																									
電話	自宅()												携帯()														
保険情報	保険者番号													公費	負担者番号												
	記号	(本人・家族)													受給者番号												
	番号													福	記号												
	資格取得	昭・平・令				年		月		日		番号															
検査目的		スクリーニング・定期フォロー・その他 ()																									
下部内視鏡 検査希望日時	第一希望	/	15時				月	火	水	木	金	土	希望日時の検査枠が埋まっていた場合、ご都合の良い曜日に合わせて予約日を提案致します。														
					午前		×	×	×	×	×	×															
	第二希望	/	15時		午後					×		×															
当院での検査結果説明		あり		検査後1週間以上経過した火曜日および金曜日の11時30分に、当院にて消化器内科医が説明致します。その後、紹介状の返書として内視鏡所見用紙と生検結果等の説明内容を含めて送付します。																							
なし		内視鏡所見用紙と紹介状を患者様に当日手渡します。生検結果については、後日紹介状内に記載してお送り致します。																									

<ご紹介元医療機関スタッフ様へ>下記について患者様へお伝えください。

* 検査時の鎮静剤投与を希望され、**85歳以上または補助具(杖など)なしでは独り歩行困難、の場合は検査後の迎えが必要です。**また、検査当日は**終日、車・バイク・自転車の運転は不可**となりますので、ご注意下さい。施行医の判断で当日に鎮静剤使用できない可能性があります。

* 検査日の**前日21時から絶食**です。寝る前に貴院から処方された下剤を内服するよう指示をお願いします

* 検査当日は、**朝9時に来院し、2Lの下剤を内視鏡室で内服**していただきます。

* 検査当日は、**糖尿病薬、インスリンは中止**になります。夕食時から再開となります。

* **お薬手帳やペースメーカー手帳**をお持ちの方は、当日必ず持参してください。

* 検査結果説明を当院でお受けになる方は、検査当日に詳細をお伝え致します。**当日結果説明ではございません。**

「予約申込書」「診療情報提供書」をFAXしてください。予約確定後、FAXにて日時をお知らせ致します。FAXは24時間受け付けておりますが、予約受付時間外に送信頂いた場合、お返事は翌診療日に受付となります。その他何かご不明な点等ございましたら地域医療連携室(TEL:079-272-8130)までお問い合わせください。