

診療情報提供書【下部／上下部消化管内視鏡検査用】

社会医療法人 三栄会 ツカザキ病院
 地域医療連携室
 電話 079-272-8130 (予約専用)
 FAX 079-272-8571 (予約専用)

医療機関名
 診療科
 医師名
 住所
 電話
 FAX

患者	ふりがな			当院の受診歴		
	氏名	☐ 男 ☐ 女		☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明		
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日 () 歳	
	住所	〒				
	電話	自宅() 携帯()				
確認事項	●検査前日21時からの絶食指示、眠前の下剤の処方をお願いします ☐ はい ☐ いいえ 処方例) センノシド錠3～4錠、マグコロールP、ピコスルファートナトリウムなど ●糖尿病薬、インスリンの検査当日休薬指示をお願いします。 ☐ はい ☐ いいえ ●お薬手帳、ペースメーカー手帳の当日持参の指示をお願いします ☐ はい ☐ いいえ ●検査前日に内服する下剤の処方はいずれでもかまいません ☐ はい ☐ いいえ ●2Lの下剤は当院内視鏡センターで内服することをお伝えください ☐ はい ☐ いいえ ●鎮静剤使用希望の場合、①は必須となりますのでご指示をお願い致します。 ① 検査当日は終日、自動車・バイク・自転車などは運転しない ☐ はい ☐ いいえ ② 85歳未満 ☐ はい ☐ いいえ ③ 独歩可能(杖などの補助具なし) ☐ はい ☐ いいえ ②③ともに『はい』であれば、付き添いは不要となります ②③のどちらか一方でも『いいえ』の場合には、付き添いが必要となりますので、ご指示をお願い致します。 ☐ はい ☐ いいえ ●本検査の結果説明を、当院の消化器内科医から患者様へ行うことを希望されますか。 ☐ はい ☐ いいえ ●当院での結果結果説明をご希望された場合 患者様来院の御報告は、検査当日にFAXにてさせていただきますが、内視鏡検査結果(生検結果を含む)がお手元に届くのは、1週間以上先となりますことをご容赦下さい。 ☐ はい ☐ いいえ					
検査目的	スクリーニング ・ 定期フォロー ・ その他()					
診療情報	※傷病名、既往歴及び家族歴、臨床経過及び検査結果、治療経過、現在の処方等の記載をお願いします					

ご紹介ありがとうございます。折り返し、上記のFAX宛てに検査予約票を送付いたします。

内視鏡検査の説明や同意書・問診票の取得は当院にて行います。貴院に当院書式の同意書、問診票がございましたら、患者様にお渡ししていただき、来院までに一読を指示していただくと幸いです。