

診療情報提供書【上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	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
		<input type="checkbox"/> 女				
	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、飲水は当日2時間前までの指示をお願いします <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	●糖尿病薬、インスリンの検査当日朝の休薬指示をお願いします <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	② 85歳未満 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	③ 独歩可能(杖などの補助具なし) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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けると幸いです。