

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 行
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"/> 女	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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	<p>* 下記の項目をご確認頂き、<input checked="" type="checkbox"/>をお願い致します。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>* 糖尿病薬の内服、インスリンの使用はありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 『はい』の場合は、検査当日朝の休薬指示をお願いします。</p> <p>* 検査時の鎮静剤使用の希望はありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>『はい』の場合は下記の確認と説明をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> ①検査当日は終日、自動車・バイク・自転車などの運転は禁止</p> <p><input type="checkbox"/> ②84歳以下</p> <p><input type="checkbox"/> ③独歩可能(杖などの補助具なし)</p> <p>①は鎮静剤を使用する上で必須項目です。</p> <p>②③ともに<input checked="" type="checkbox"/>であれば、付き添いは不要です。</p> <p>②③のどちらか一方でも<input type="checkbox"/>の場合には付き添いが必要です。ご指示をお願い致します。</p> <p>●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</p> <p>※当院での検査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。</p>					
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。