



## 診療情報提供書・検査依頼票

医療法人恵生会 恵生会病院

消化管内科・内視鏡室

TEL 072-982-5101 (代)

地域連携室あてにご返送ください

地域連携室FAX 072-980-2366 (直)

|  |        |                             |                              |
|--|--------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部 消化管内視鏡検査<br>ご希望の検査に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。<br>* 下部内視鏡検査は、事前に当院消化管内科へ受診していただく必要があります。<br>* 検査食、下剤など検査前の説明をいたします。 |        |                             |                              |
| フリガナ   |        | 性別                          | 生年月日                         |
| 氏名   |        | 男・女                         | 年 月 日 ( 歳)                   |
| 連絡先  | TEL    |                             |                              |
| 検査予約   | 第一希望   | 年 月 日 ( )                   | 時                            |
| 検査予約   | 第二希望   | 年 月 日 ( )                   | 時                            |
| 検査予約   | いつでも良い |                             |                              |
| 検査目的について詳しくご記入下さい。   |        |                             |                              |
| 基礎疾患、現在治療中の疾患  |        |                             |                              |
| 検査 事前問診  |        |                             |                              |
| * 静脈麻酔での検査を希望する。(火曜日～木曜日実施中)   |        | <input type="checkbox"/> する | <input type="checkbox"/> しない |
| ・麻酔をご希望の方はご自身での運転(自動車、バイク、自転車)はできません。<br>・麻酔をいたしますので、必ず付き添いの方、同伴でお越しください。  |        |                             |                              |
| * 抗血栓薬<抗凝固薬、抗血小板薬>を内服していますか。   |        | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| ・薬剤名をお教えてください ( )<br>・ワーファリン服用の場合→組織検査はPT-INR 2.5以下で可能です。<br>1か月以内の採血結果をご記入下さい。( 月 日 結果 )  |        |                             |                              |
| * 緑内障 (閉塞・狭隅角緑内障の場合は麻酔の使用はできません)   |        | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| * キシロカイン アレルギー   |        | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし  |
| <input checked="" type="checkbox"/> をお入れください   |        |                             |                              |
| <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 結果説明は(組織検査含)ご紹介元(医院さまクリニックさま)がします。  |        |                             |                              |
| <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 結果説明は後日(組織検査含)恵生会病院で説明します。  |        |                             |                              |

ご依頼元医療機関名

( )

ご依頼医師

先生

〒

TEL

FAX