

内視鏡検査依頼票(診療情報提供書)

中部ろうさい病院 地域医療連携室 御中
FAX: 052-652-5716

申込日 令和 年 月 日

太枠内を必ずご記入ください

貴院患者ID: — —

フリガナ ()

中部労災病院の受診歴 有 ・ 無

患者氏名

(ID: — —)

様

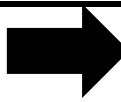
生年月日 T S 年 月 日
 H R
()才 (男・女)所在地
医療機関名
医師氏名

電話番号 () —

TEL・FAX

携帯電話 () —

内視鏡検査

胃カメラ  ブスコパン グルカゴン / 注射不可
 大腸ファイバー 必ず をお願いします。 * 生検 可 ・ 否
 ※大腸ファイバーご希望の方で、下記項目に1つでも該当する方は検査予約はせず、消化器内科の受診をご予約ください。
 1. 腸閉塞疑いのある方、2. 認知症・難聴・ADL困難で付き添いのない方。

 胃ろう外来 (カテーテル交換 造設の相談)

透視検査

 胃透視
 注腸透視
 ()検査

確認事項

 ブスコパン グルカゴン / 注射不可
 ADL(移動形態)
 歩行可 車椅子 ストレッチャー
【重要】
検査前処方
検査食に
ついて

※ 大腸ファイバー・注腸透視の場合は 必ず以下をご指示ください

◆ 検査前処方: 必要 / 不要(自院にて指示)◆ 検査食(注腸): 必要 / 不要(自院にて指示)

! 検査食代金については、検査来院時に当院売店にてご精算をお願いいたします。

◎ 検査食送付後検査がキャンセルとなった場合は検査食代金が発生いたしますのでご注意ください。

◆ 送付先: 紹介元医療機関 / 患者さまご自宅

☆ 患者さまご住所 〒

希望日時

① 令和 年 月 日 () AM・PM : 頃
② 令和 年 月 日 () AM・PM : 頃

診断名

既往歴・症状・治療経過・投薬内容など (詳細は別紙参照)

【お問い合わせ】 ☎ 052-652-5950 (平日:8:15~19:30)

中部ろうさい病院 地域医療連携室