

## 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 ( )

中部ろうさい病院の受診歴  有 ・  無

患者氏名

様

(ID: — —)

生年月日  T  S 年 月 日

所在地

医療機関名

医師氏名

 H  R ( )才 (男・女)

電話番号 ( ) —

TEL・FAX

携帯電話 ( ) —

内視鏡検査

 胃カメラ 大腸ファイバー

《鎮静剤使用》

 胃カメラ(鎮静剤使用) 大腸ファイバー(鎮静剤使用) 大腸ファイバー(入院希望)※

⇒消化器内科受診を予約

確認事項

必ず  をお願いします。 ブスコパン  グルカゴン /  注射不可\* 生検  可 ・  否\* 緑内障  あり ・  なし\* 心疾患  あり ・  なし\* 前立腺肥大  あり ・  なし

\* その他 ( )

※入院希望の場合、事前に消化器内科受診が必要のため、本紙にて消化器内科受診をご予約ください。

【鎮静剤を使用した内視鏡検査をご予約いただく際の注意事項(患者さんへ必ずお伝えください)】

- ・鎮静剤を使用した検査を希望される場合は、**検査当日は車、バイク、自転車の運転はできないため、車ではご来院できません。車で来院された場合、検査ができない場合があります。**
- ・検査後は観察室で1時間程休んでいただきます。

【大腸ファイバーお申込みの場合、ご確認ください。】

- ・大腸ファイバーご希望の方で、以下の項目に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。③在宅酸素使用中の方。
- ・【重要】大腸ファイバー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)◆ 送付先:  紹介元医療機関 /  患者さまご自宅

☆ 患者さまご住所 〒

胃ろう

 胃ろう外来 (  カテーテル交換  造設の相談 )

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(別途診療情報提供書(様式は貴院の様式でかまいません)をFAXいただける場合は、こちらに☑いただければ詳細の記載の必要はありません。)

【お問い合わせ】中部ろうさい病院 地域医療連携室 ☎ 052-652-5950 (平日:8:15~19:30)