

診療情報提供書 (エコー・内視鏡検査用)

内科・消化器内科・胃腸内科

建石医院

FAX : 078-732-7557

Tel 078-732-0839

フリガナ		生年月日	大正		
氏名			昭和	年	月
			平成		() 歳
住所	〒 -		電話	自宅 (携帯)	
				勤務先	
医療機関			検査日	年	月 日
					(電話で検査日を確定してください。)

申し込み検査： 上部内視鏡検査、 大腸内視鏡検査、 腹部超音波検査

* **大腸内視鏡検査を行う場合は事前の受診が必ず必要です** *

検査目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 精査 (<input type="checkbox"/> 便潜血陽性、 <input type="checkbox"/> 血便)
	<input type="checkbox"/> 大腸ポリープ切除・ <input type="checkbox"/> その他 ()
検査回数	初回 ・ 2回目以降
腹部手術歴	なし ・ あり ()
コメント	(検査目的の詳細や合併症の有無、患者さんの希望などありましたら記載ください)
結果説明	<input type="checkbox"/> 貴院で説明 ・ <input type="checkbox"/> 当院で説明
治療希望の有無	<input type="checkbox"/> 貴院で治療 (貴院から治療紹介) ・ <input type="checkbox"/> 当院で治療 (当院から治療紹介)

確認事項 : 上部内視鏡の場合は1~3、大腸内視鏡の場合は1~4の質問にチェックを入れてください

1. 抗コリン剤使用 (ブスコパン) の可否について	<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 不可能 (理由:)
2. 抗凝固剤使用の有無、および休薬の可否について	<input type="checkbox"/> 内服なし、 <input type="checkbox"/> 内服あり→薬品名 () →内服ありの場合 <input type="checkbox"/> 休薬可、 <input type="checkbox"/> 休薬不可 (もしくは休薬なしで検査希望) (休薬しない場合は観察のみになる場合があることをご説明ください)
3. 鎮静剤、鎮痛剤使用希望の有無について	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない ☆ <u>自動車、バイク、自転車</u> で来院された場合は鎮静・鎮痛剤の使用はできません。
4. 大腸ポリープ切除希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない

* 検査および治療同意書の取得は、患者さんが来院された際にさせていただきます。