

FAXは2枚あります。もう1枚は患者様にお渡し下さい
この用紙はご記入のうえ下記にFAXしたのちに患者様にお渡し下さい。検査当日にご持参いただきます

診療情報提供書 兼 岡山労災病院 内視鏡検査 予約申込書

内視鏡室 直通電話・FAX番号 (086) 262-0214
内視鏡室 宛 (担当：森田)

予約受付年月日：平成 年 月 日 紹介元医療機関

胃カメラ・大腸カメラ (施行医師)		医療機関名	
検査日時		所在地	
平成 年 月 日 ()		電話番号	
時 分 ・ 午後		FAX 番号	
(時 分までにお越し下さい)		医師氏名	

患者情報	フリガナ		年齢・性別	(歳) 男 ・ 女
	患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
	住 所		電話番号	() -
	傷病名 紹介目的 既往歴 家族歴 症状経過 または 患者の状態 処方		<input type="checkbox"/> 便潜血陽性 <input type="checkbox"/> 便秘精査 <input type="checkbox"/> その他	当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
保険情報	保険者番号		公費番号	
	記 号		受給者番号	
	番 号		負担割合	割
	取得年月日		負担限度額	
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	

カルテをあらかじめ作成致しますので、上記にご記入のうえ、本日中に内視鏡室宛にFAXして下さい。

■ 検査にあたって

- ・ 施行医指定のご希望がありましたら、施行医師欄に必ずご記入下さい。
- ・ 当日朝に、当院医師によって問診、診察をさせていただきます。当日の検査が困難と判断致した場合は、検査を後日に延期させていただく場合がございますので、あらかじめご了承下さい。
- ・ 抗凝固剤を内服されている場合は、生検やポリープ切除はできませんので、観察のみとなります。あらかじめご了承下さい。可能でしたら抗凝固剤の内服を前もって中止して下さい。
- ・ 大腸カメラの場合は、前日眠前にセンノシド(プルゼニド®、フォルセニッド®) 2錠内服して下さい。
- ・ 鎮静下での検査をご希望の場合は、付き添いの方がが必要です。また当日は車・バイク・自転車は運転できませんので、あらかじめご了承下さい。