

診療情報提供書 (内視鏡検査用)

FAX; 072-851-5677

(お電話で検査日が確定した後にFAXをお願いします)

ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日 () 才
氏名						
住所	〒	電話	自宅	-	-	
			携帯	-	-	
		勤務先	-	-		
医院様名		検査日	平成	年	月	日

★ 以下の該当項目にチェックをお願いします。

申し込み検査： <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 (<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻)	
<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査	
<input type="checkbox"/> 腹部エコー	
検査目的：	<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 精査 (<input type="checkbox"/> 便潜血陽性 <input type="checkbox"/> 胃透視で異常 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 <input type="checkbox"/> 胸焼け <input type="checkbox"/> 血便) <input type="checkbox"/> 大腸ポリープフォロー <input type="checkbox"/> その他 ()
コメント (詳細な検査目的、合併症があれば記載してください)	
検査結果：	<input type="checkbox"/> 貴院 で説明かつ治療 <input type="checkbox"/> えだがわ胃腸内科クリニック で説明・貴院で治療 <input type="checkbox"/> えだがわ胃腸内科クリニック で説明かつ治療
確認事項：胃内視鏡の場合1～2、大腸内視鏡の場合1～4の該当項目にチェックを入れてください	
1. 抗凝固薬の内服、休薬指導について (中止困難時、観察のみとなることを説明して下さい。)	
<input type="checkbox"/> 内服無 <input type="checkbox"/> 休薬指示済 <input type="checkbox"/> 観察のみ	
2. 検査中の鎮静剤について	
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
3. 抗コリン剤の使用について	
<input type="checkbox"/> 不可 (理由：) <input type="checkbox"/> 可能	
4. ポリープの日帰り切除について (承諾書は後日当院で署名していただきます。)	
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	