

↓いずれかにチェック
してください

大腸内視鏡検査

経肛門的小腸ダブルバルーン内視鏡検査

申込書

診療情報提供書

| | |
|------------|-----|
| フリガナ | |
| 氏名 | 様 |
| 生年月日 | 性別 |
| 年 月 日 (歳) | 男・女 |



社会医療法人 平和会 吉田病院
消化器内視鏡・IBD センター
TEL 0742-45-9562
FAX 0742-45-6846

| | |
|------------|---|
| 連絡先 自宅 () | - |
| 携帯 () | - |

| |
|------|
| 住所 〒 |
|------|

| |
|-----------|
| 検査予約日時 |
| 年 月 日 時 分 |

| |
|----------|
| 依頼元医療機関名 |
|----------|

| |
|--------|
| ご担当医師名 |
|--------|

| |
|----------|
| 貴院次回診療日 |
| 月 日 / 未定 |

| |
|-----------|
| 臨床診断 |
| 経過および検査目的 |

| |
|--------------------------------------|
| 合併症： |
| ●心疾患 (無・有) () |
| ●緑内障 (無・有) ●前立腺肥大 (無・有) ●腎機能障害 (無・有) |
| ●高血圧 (無・有) ※降圧剤は継続でお願いします。 |
| ●糖尿病 (無・有) ※糖尿病治療薬は当日朝から休薬でお願いします。 |
| ●腹部手術歴 (無・有) () |
| ●大腸内視鏡検査の既往 (無・有) (治療歴等) () |
| ●その他の合併症・既往歴 () () |
| ●抗血栓薬の有無 (無・有) |
| 薬剤名 1. _____ 休薬 無・有 (検査 日前から) |
| 2. _____ 休薬 無・有 (検査 日前から) |
| 3. _____ 休薬 無・有 (検査 日前から) |
| 休薬の際の代替薬があればお書きください。(_____) |
| ※抗血栓薬は可能であれば休薬でお願いします。 |
| ●薬物アレルギー (無・有) () |

| |
|--------------------------------|
| 下剤の指示：モビプレップ・ニフレック (腎機能低下・心疾患) |
|--------------------------------|