

↓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

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)
--------------------------------