

→
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)
