

【大腸内視鏡検査依頼書・診療情報提供書】

貴院名： _____ 様 主治医先生ご氏名： _____ 先生

ふりがな

患者様氏名： _____ 様 男・女 生年月日： S・H 年 月 日 (才)

住所： 〒 _____

連絡が付きやすい電話番号： _____ / _____

【依頼内容】

- 便潜血陽性 便秘・下痢 大腸ポリープフォロー 血便精査
 腹痛精査 腫瘍マーカー高値 (_____) 患者様希望
(その他具体的に _____)

【抗血栓剤について】

内服 あり なし 検査時の休薬 可 不可

薬剤名) _____

抗血栓剤の休薬により血栓塞栓症の発症率が高くなるため、当院では内視鏡学会ガイドラインに準じて可能な限り抗血栓剤を継続しながら内視鏡検査・治療を行っています。
休薬期間期間については当院スタッフからご本人さまにご説明させていただきます。

【検査希望日】


第1希望日 月 日
第2希望日 月 日
第3希望日 月 日

【大腸内視鏡検査の前処置について】

患者さまへの前処置薬（下剤、腸管洗浄液）のお渡しや説明が必要になりますので、事前の受診が必要な旨をご説明させていただきます。
前処置が必要ですので、ADLが悪い方は入院施設での検査をお願いいたします。

FAXを頂きましたら、同日中に当クリニックのスタッフが患者様に予約確認のお電話をさせていただきます。

* 当クリニックの診療時間内での対応とさせていただきます。

 書写西村内科

兵庫県姫路市書写1019-620 ☎ TEL : 079-294-8484

📠 FAX : 079-295-2220