

FAX 番号 049-271-2382

施設名

関越病院 内視鏡検査依頼書(紹介状)

依頼医 []

記載者 []

関越病院 ID	申込み： 年 月 日	予約日 年 月 日																														
患者氏名 (住所) (電話番号) (生年月日) 大・昭・平 年 月 日 (年齢 歳)																																
検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 (<input type="checkbox"/> 経口 ・ <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 上・下部消化管同時内視鏡	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降 (回目)																														
臨床 診断名		<table border="1"> <tr><td>心疾患</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>緑内障</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>前立腺肥大</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>抗コリン剤</td><td>可・不可</td></tr> <tr><td>出血傾向</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>抗血小板薬</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>抗凝固剤療法</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>ペースメーカー</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>アレルギー過敏症</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>中止薬</td><td>有・無</td></tr> <tr><td colspan="2">※中止薬有の場合のみ記載 薬剤名 ()</td></tr> <tr><td>鎮静剤希望</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>認知症</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>ストーマ</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>シャント</td><td>有 (左・右) ・無</td></tr> </table>	心疾患	有・無	緑内障	有・無	前立腺肥大	有・無	抗コリン剤	可・不可	出血傾向	有・無	抗血小板薬	有・無	抗凝固剤療法	有・無	ペースメーカー	有・無	アレルギー過敏症	有・無	中止薬	有・無	※中止薬有の場合のみ記載 薬剤名 ()		鎮静剤希望	有・無	認知症	有・無	ストーマ	有・無	シャント	有 (左・右) ・無
心疾患	有・無																															
緑内障	有・無																															
前立腺肥大	有・無																															
抗コリン剤	可・不可																															
出血傾向	有・無																															
抗血小板薬	有・無																															
抗凝固剤療法	有・無																															
ペースメーカー	有・無																															
アレルギー過敏症	有・無																															
中止薬	有・無																															
※中止薬有の場合のみ記載 薬剤名 ()																																
鎮静剤希望	有・無																															
認知症	有・無																															
ストーマ	有・無																															
シャント	有 (左・右) ・無																															
症状 臨床経過 検査目的 処方内容 など	<p>*ADL (独歩・杖歩行・車椅子・ストレッチャー) *治療の必要がある場合、当院での治療を希望されますか？ (希望する ・希望しない)</p>																															
注意事項・その他																																

※下部内視鏡検査の場合には、当院にて腸洗浄液を内服していただきます。

※車椅子・ストレッチャー・認知症のある方は、付き添いをお願いします。

※下部内視鏡検査の場合、車椅子・ストレッチャー・杖歩行で頻回のトイレが困難な方は入院をお願いします。(1泊2日)

※入院が必要な場合は、一度関越病院への受診をお願いします。お電話にて予約の上受診して頂くようお願い下さい。

※認知症がある方は基本的には鎮静剤を使用させて頂きまますので、承諾された上でご来院下さい。

お問い合わせ等ある場合は、代表電話 049-285-3161 へご連絡下さい。