

山下消化器内科

大腸内視鏡検査予約依頼書

令和 年 月 日

※ご記入またはチェック☑を入れてください。

ご依頼医療機関名： 検査希望日 あり なし
主治医先生ご氏名： ありの場合 第1希望： 月 日
電話番号： 第2希望： 月 日
FAX番号： 第3希望： 月 日
※予約は2か月先まで取れます

次の点をご確認の上、ご予約をお願いします。

- ※78歳未満である。
※透析治療中の方はお受けできません。
※検査当日、ご自身での車・バイク・自転車等の運転は不可です。
※ポリープを切除した場合、治療後1週間は食事・飲酒・運動・行動（旅行・出張）等の制限があります。

検査前処置薬について

- 貴院でご用意 当院（ 郵送 ・ ご来院 ） ※郵送は着払い発送です。
郵送の場合→着払い発送了承
ご来院の場合→ 月 日 時頃来院予定

患者様情報

フリガナ		性別	昭・平（ ）歳
氏名		男・女	年 月 日生
住所	〒	電話番号	— —
		携帯電話	— —
保険証番号	記号	番号	
	保険者番号	区分	本 ・ 家
公費負担	負担者番号		
	受給者番号	患者負担	1割 ・ 2割 ・ 3割
70歳以上	限度額適用・標準負担額減額認定証 無 ・ 有（ I ・ II ）		

山下消化器内科

お名前 _____ 様

※印は医療機関様をご確認ください。

質問事項	回答欄
① 信仰上の理由（例：エホバ等）などから輸血や血液製剤を拒否しますか。	<input type="checkbox"/> 拒否する <input type="checkbox"/> 拒否しない
② 腹囲：120cm以上または、体重：135kg以上ですか。 (当てはまる方は当院では検査できません。)	腹囲 <input type="checkbox"/> 120cm以上 <input type="checkbox"/> 120cm未満 体重 <input type="checkbox"/> 135kg以上 <input type="checkbox"/> 135kg未満
③ 現在妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。または、授乳中ですか。 (妊娠中の方は当院では検査できません。)	<input type="checkbox"/> 妊娠中（可能性ありも含む） <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ
④ 現在、治療中（投薬中など）のご病気はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ ④で「はい」の方は、病名をチェックしてください。 病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腹壁ヘルニア <input type="checkbox"/> 鼠径ヘルニア <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
⑥ 現在服用中のお薬はありますか。（他の医療機関での処方内容も含む。）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ ⑥で「はい」の方は、 <u>他の医療機関での処方内容も含め、</u> <u>お薬のお名前を全てご記入ください。</u>	※ <input type="checkbox"/> 別紙参照あり
※その中で抗血栓薬や抗凝固薬がありましたら、薬剤名と休薬可能期間をご記入ください。	
薬剤名： 休薬可能期間： <input type="checkbox"/> 休薬不可 <input type="checkbox"/> 検査当日のみ休薬 <input type="checkbox"/> その他（休薬期間： _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日）	
⑧ 排便状況について教えてください。	_____ 日に _____ 回 <input type="checkbox"/> 便秘気味 <input type="checkbox"/> 下痢気味
⑨ 現在ペースメーカー等のご使用中ですか。 「はい」の場合は当日ペースメーカー手帳を持参してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 17歳の方はご家族のお付き添いが必要ですが、可能ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ 左下横向き、膝を曲げた姿勢で30分程寝転べますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ 検査する先生のご指定はありますか。（女性医師は木曜日です）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (_____) 先生

注意事項

検査当日、ご自身での車・バイク・自転車等の運転は不可です。

ポリープ切除をした場合、治療後1週間は食事、飲酒、運動、行動（旅行・出張）等の制限があります。