

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：

主治医先生ご氏名：

電話番号：

FAX番号：

検査希望日 ☐ あり ☐ なし

第1希望： 月 日（ ）

第2希望： 月 日（ ）

第3希望： 月 日（ ）

※予約は3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。

- ※80歳以下である。（80歳を超える方はお電話でご相談ください。）
- ※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、治療後約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

☐ご紹介元で処方

☐当院より郵送

☐当院よりお渡し

※当院より処方内容をお伝えします

※着払いでの発送です

※当院までご来院頂き、直接のお渡しとなります
来院予定日： 月 日 時頃

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 ）											

※本用紙と質問事項の用紙の2枚を、当院までFAXにてお送りください。

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 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 ☐ 120cm以上 ☐ 120cm未満 体重 ☐ 135kg以上 ☐ 135kg未満
② 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。)	☐ 妊娠中 (可能性ありも含む) ☐ 授乳中 ☐ いいえ
③ 現在、治療中 (投薬中など) のご病気はありますか。	☐ はい ☐ いいえ
④ ③で「はい」の方は、病名をチェックしてください。 病名： ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 血液疾患 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 腹壁ヘルニア ☐ 鼠径ヘルニア ☐ その他 ()	
⑤ 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。)	☐ はい ☐ いいえ
⑥ ⑤で「はい」の方は、他の医療機関での処方内容も含め、 お薬のお名前を全てご記入ください。	※ ☐ 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： ☐ 休薬不可 ☐ 検査当日のみ休薬 ☐ その他 (休薬期間： 月 日～ 月 日)	
⑦ 排便状況について教えてください。	日に 回 ☐ 便秘気味 ☐ 下痢気味
⑧ 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。	☐ はい ☐ いいえ
⑨ 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。	☐ はい ☐ いいえ
⑩ 左下横向き、膝を曲げた姿勢で30分程寝転べますか。	☐ はい ☐ いいえ
⑪ 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。)	☐ はい ☐ 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、治療後約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。

※本用紙と患者様情報等の用紙の2枚を、当院までFAXにてお送りください。