

# ①内視鏡検査予約申込書（FAX送信用）

## （診療情報提供書）

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

医療法人徳洲会 南部徳洲会病院  
消化器検査担当医 殿

紹介元医療機関名名称

所在地  
医師名

TEL

FAX

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		当院受診歴	有 ・ 無
生年月日	( 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ) 年 月 日生 ( 歳 )		
患者住所		TEL	
検査希望日時	令和 年 月 日 ( ) 時 頃		

臨床情報 (主訴・経過) 貴院書式 添付可	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査

※大腸内視鏡検査（前処置・食事指導）について

かかりつけ医（主治医）様よりフォルセニド（12mg）4錠の処方と検査前指導（大腸カメラ検査を受ける方へを使用）をお願い致します。

チ エ ッ ク リ ス ト	◆薬物アレルギー（有 ・ 無）薬品名：
	◆感染症（有 ・ 無）◆緑内障（有 ・ 無）◆前立腺肥大症（有 ・ 無） ◆糖尿病（有 ・ 無）◆心疾患（有 ・ 無）◆甲状腺機能亢進症（有 ・ 無） ◆出血傾向（有 ・ 無）◆透析（有 ・ 無）◆腹部手術歴（有 ・ 無） ◆ペースメーカー・体内金属埋め込み（有 ・ 無）
	◆抗凝固剤使用・抗血小板服薬（有 ・ 無）薬品名：
	◆休薬指示（有 ・ 無）休薬期間 月 日～

※内視鏡的大腸ポリープ粘膜切除術を行った場合は経過観察入院となります。

検査申込書を下記番号にFAXをして下さい。

南部徳洲会病院 TEL：098-998-7803  
地域医療連携室 FAX：098-998-7814