

## 上下部消化管内視鏡検査申込用紙 (FAX用)



医療機関名

医師名

所在地

電話

FAX

## 患者様基本情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
氏名		電話	—	—
		生年月日	大・昭・平・令	年 月 日 歳
住所	(〒 )			
当院での受診歴の有無	有	無	( ID番号 )	

検査目的	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ			
検査希望日 胃カメラ:月～金 10時～ 大腸カメラ:水木金 14時30分～	第1希望日	月	日	鎮静剤 希望  有 無
	第2希望日	月	日	
	第3希望日	月	日	
<input type="checkbox"/> 抗血栓薬服用 <input type="checkbox"/> PPI服用 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー				
通信欄	抗血栓薬、PPI、血糖降下薬（内服/インスリン）、は薬剤名を記入下さい			

## \* 抗血栓薬について

抗血栓薬2剤以上はポリープの切除はできません。

ワーファリンを服用中の方は、可能でしたらPT-INRを測定してください。

DOAC（プラザキサ、イグザレルト、エリキュース、リクシアナ）は可能でしたら、当日朝のみ休薬をお願いします。

\* 3か月以内の血液データ（CBC, BUN, Cr, CRP, あれば凝固）も申込書と同時にFAXお願いします。

採血データが無ければ、当日当院にて採血も可能です。

\* 結果について病理、組織検査の結果は14日程度かかります。最終報告はご郵送させていただきます。

## 堺平成病院地域連携室記入欄（下記は記入しないでください）

検査日時	月	日	時	分	予約票 FAX	済 ・ 未
------	---	---	---	---	---------	-------

予約FAX 072-278-3299 (地域医療連携室)

※個人情報の取扱には万全を期しておりますが、万一誤って本書が送信された場合、お手数ですが下記までご連絡お願い致します。

医療法人 恵泉会 堺平成病院 地域連携室直通 072-278-3199