

# 胃・大腸内視鏡検査用 紹介状(予約申込書)

令和 年 月 日

送信先:FAX番号 0827-35-5896

<依頼医療機関>

受付時間 平日(月～金曜日) 8:30～17:00

住所

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター 地域医療連携室

名称

〒740-8510

医師氏名

山口県岩国市愛宕町1丁目1番1号

TEL

電話0827-35-5646

FAX

フリガナ		住	〒	—
患者氏名	様 男・女	所		
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 (満 歳)	TEL ( )	—	
NHO岩国医療センター 受診歴 有(ID番号 — — ) ・ 無				
保険者番号		公費	負担者番号	
			受給者番号	
記号・番号			負担者番号	
			受給者番号	
区分	本人 ・ 家族		公費負担割合	割
検査名	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 (経鼻内視鏡 希望する ・ 希望しない) <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査			
検査目的 (主訴)				
ワーファリンの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※ワーファリン内服中の方は、原則全例、内視鏡検査の前に採血(INRチェック)を行いますので、ご協力をお願いいたします。(ワーファリン以外の抗血栓剤は採血は不要です)			
基礎疾患の有無	<input type="checkbox"/> 心疾患(不整脈) <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障			
鎮静希望の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<大腸内視鏡検査に限り> 前処置 <input type="checkbox"/> 可 ———> <b>就寝前にコップ1杯の水 +ラキソベロン1本内服</b> <input type="checkbox"/> 不可		
検査希望日	<第一希望> 令和 年 月 日			
	<第二希望> 令和 年 月 日			

改訂 平成31年4月26日

※当院使用の説明書・同意書をあらかじめ配布して頂き、同意書にサインの上、持参して頂きます。

※大腸の場合、当院内視鏡センターで下剤をかけますので、午前8時30分に来院して頂きますよう  
ご指導下さい。