

大腸内視鏡検査依頼書

西暦 年 月 日

送信先 FAX 番号：086-263-2587

<依頼医療機関>

受付時間：終日（夜間休日の場合、確認は翌営業日
になります）

住所：

独立行政法人労働者健康安全機構

名称：

岡山ろうさい病院 地域連携室

医師氏名：

〒702-8055 岡山県岡山市南区築港緑町 1-10-25

TEL：

FAX：

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|----|-------|-------|----|---|---|---|
| フリガナ | | | | 住所：〒 | — | | | | |
| 患者氏名 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | (満 歳) | 性別 | 男 | ・ | 女 |
| 当院受診歴 | | | | 電話番号： | | | | | |
| 保険者番号 | | | 公費 | 負担者番号 | | | | | |
| 記号・番号 | | | | 受給者番号 | | | | | |
| 検査目的 ※該当するものに 丸をつけてください※ | (腹部症状：腹痛、肉眼的血便、極度の便秘がないことをご確認ください) <input type="checkbox"/> 便潜血陽性の二次精査 <input type="checkbox"/> ポリープ切除後のフォロー ※有症状、上記以外の目的の場合は当科外来へ一度ご紹介ください※ | | | | | | | | |
| 抗血栓薬の有無 | <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名：) ※バイアスピリンの単剤内服を除き、抗血栓薬を内服されている方については 原則として当日は観察のみとなります※ <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | |
| その他の内服薬 | <input type="checkbox"/> 有 ※有りの場合は診療情報提供書に薬剤情報の添付をお願いいたします※ <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | |
| 基礎疾患の有無 | <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 腹部手術歴 () | | | | | | | | |
| ADL | <input type="checkbox"/> 杖や歩行器などの補助なしに自宅のトイレまで問題なく行くことができる ※歩行が不安定な場合は入院での検査を検討しますので当科外来へ一度ご紹介ください※ | | | | | | | | |
| 鎮静希望の有無 | <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、検査当日は内視鏡検査開始～帰宅まで付添の方が必須です※ <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | |
| 検査で指摘された ポリープ切除 希望の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※バイアスピリンの単剤内服を除き、抗血栓薬内服中でポリープ切除を希望される場 合には、当科外来へ一度ご紹介ください※ | | | | | | | | |
| アレルギー歴 | <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | |
| 検査希望日 | 第一希望日 () 第二希望日 () | | | | | | | | |

※大腸内視鏡検査は午前 8 時半に当院に来院いただくようご指示お願いいたします