

大腸内視鏡検査予約依頼書

平成 年 月 日

杉本憲治クリニック 予約専用電話 : 06-6381-7703
FAX : 06-6381-7725

☆紹介元医療機関名 医療機関名 :
医師名 : 先生
住所 :
電話 : FAX :

☆検査日時 月 日 () 時 分 予約・確定

次の点をご確認の上、ご予約をお願いします。

※78歳未満である。 ※車・バイクでの来院不可。

※信仰上の理由などから輸血や血液製剤使用を拒否しない(例:エホバ等)。

① 現在服用中の薬剤名を御記入ください。

()

その中で抗凝固作用を有する薬剤がありましたら、
薬剤名と服用中止日時の確認をお願い致します。

薬剤名 []
服用中止日時 月 日より中止

② 排便状況

便秘がない場合—通常の前処置薬を処方

軽度便秘(1回/2日)の場合
検査前日の前処置薬+検査食

高度便秘(1回/3日以上)の場合
「軽度便秘」にプルゼニド2錠×2日間を追加

③ 検査前処置薬について: 処方 - 済・未

下記の項目について御確認の上、その有無についての記載をお願いします。

腎機能障害(腎不全、人工透析等)
有 ・ 無

重大な肝機能障害(肝硬変等)
有 ・ 無

心不全、呼吸不全(酸素療法等)
有 ・ 無

心臓ペースメーカー 有 ・ 無

腹壁ヘルニア・鼠径ヘルニア
有 ・ 無

※上記項目に未記入等がありますと確認のお電話を差し上げることがあります。恐れ入りますが、必ずご記入下さいませお願い致します。

☆ 保険情報

フリガナ		性別	明・大・昭・平 () 歳
氏名		男・女	年 月 日生
住所	〒	電話	— — (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)