

大腸内視鏡検査予約申込書

令和 年 月 日

※ご記入または口に✓を入れてください。

貴院名称： 検査希望日 あり なし

担当医ご氏名： ありの場合 第1希望： 月 日 時頃
第2希望： 月 日 時頃
第3希望： 月 日 時頃

貴院電話番号：

貴院FAX番号：

以下の内容を御確認頂いた上、御予約ください。

- 78歳未満であること ▪ 透析治療を行っておられないこと
前処置薬による脱水・電解質異常から意識障害・痙攣などの可能性があるため、78歳以上の方は受入れできません。
- 腹囲120cm以下かつ体重120kg以下であること
保有するスコープの長さや太さ、検査用ベッドの耐荷重の観点から、腹囲120cm超や体重120kg超では対応できません。
- 妊娠中の方は当院では対応できません。
- 検査当日は患者様ご自身での車・バイク・自転車等の運転はできません。
- ポリリーブを切除した場合、切除後1週間は食事・飲酒・運動・遠出などが制限されます。

検査前処置薬について

貴院でご用意 当院から受取（ 郵送 ・ ご来院 ） ※郵送は着払い発送となります。
郵送の場合、着払いに同意されますか？ → はい いいえ
ご来院の場合 → 月 日 時頃来院予定

患者様の情報

フリガナ											生年月日：大・昭・平 年 月 日	
お名前											ご年齢： 歳 性別： 男 ・ 女	
ご住所											日中に通話可能な、患者様の電話番号： — —	
保険番号	記号									番号		
	保険者番号									区分	本人 ・ 家族	
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	限度額適応・標準負担額減額認定証										無 ・ 有 (I ・ II)	

もう1枚にもご記入頂き、2枚ともにFAXをお願い致します。

患者様のお名前： _____

※部分は貴院にて御確認ください。

質問事項	回答欄
① 信仰上の理由（例：エホバ等）などから輸血や血液製剤の使用を拒否されますか？	<input type="checkbox"/> 拒否する <input type="checkbox"/> 拒否しない
② 現在妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？ （妊娠中の方は当院では検査できません） 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> 妊娠中・可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ
③ 現在、治療中（服薬中など）のご病気はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ ③で「はい」の方は病名に✓、あるいは病名をお書きください。 病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器病 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 大動脈瘤 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他	
⑤ 現在服用中のお薬はありますか？（他医療機関からの処方を含む）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ ⑤で「はい」の方は、すべてのお薬の名前を記入してください（他医療機関からの処方分も含めて）	
※ その中で抗血栓薬や抗凝固薬があれば、その薬剤名と休薬の可否・休薬可能期間を記入してください。	
薬剤名： 休薬の可否： <input type="checkbox"/> 休薬不可 <input type="checkbox"/> 検査当日のみ休薬可能 <input type="checkbox"/> その他（検査の _____ 日前から休薬可能）	
⑦ 16歳あるいは17歳の方 → 御家族など、付添いの方も来院されますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 体の左を下にし、膝をかかえる姿勢で約30分、横向きに寝転ぶことができますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 視覚障害はありませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 聴覚障害はありませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ 発声障害や構音障害等はありませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ 排便状況を教えてください（1日2回とか、3日に1回とか…）。お答え： _____ 日に _____ 回程度の排便がある。	
⑬ 現在、心臓ペースメーカーを使用されていますか？ 「はい」の方は検査当日にペースメーカー手帳を御持参ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑭ 出血された際、すぐに出血は止まりますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑮ 腹部の手術をされたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

注意事項

- ・検査当日は患者様ご自身での車・バイク・自転車等の運転はできません（道路交通法違反になります）。
- ・ポリプを切除した場合、切除後1週間は食事・飲酒・運動・旅行や出張などが制限されます。