

杉本憲治クリニック

大腸内視鏡検査予約依頼書

令和 年 月 日

※ご記入またはチェック☑を入れてください。

ご依頼医療機関名：

検査希望日 あり なし

主治医先生ご氏名：

ありの場合 第1希望： 月 日

電話番号：

第2希望： 月 日

FAX番号：

第3希望： 月 日

※予約は2か月先まで取れます

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。

※透析治療中の方はお受けできません。

※検査当日、ご自身での車・バイク・自転車等の運転は不可です。

※ポリープを切除した場合、治療後1週間は食事・飲酒・運動・行動（旅行・出張）等の制限があります。

検査前処置薬について

 貴院でご用意 当院（ 郵送 ・ ご来院 ） ※郵送は着払い発送です。郵送の場合→着払い発送了承

ご来院の場合→ 月 日 時頃来院予定

患者様情報

| | | | |
|-------|----------------------------------|------|--------------|
| フリガナ | | 性別 | 昭・平（ ）歳 |
| 氏名 | | 男・女 | 年 月 日生 |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | — — |
| | | 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 ） | | |

杉本憲治クリニック

お名前 _____ 様

※印は医療機関様をご確認ください。

| 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を拒否しますか。 | <input type="checkbox"/> 拒否する <input type="checkbox"/> 拒否しない |
| ② 腹囲：120cm以上または、体重：135kg以上ですか。 (当てはまる方は当院では検査できません。) | 腹囲 <input type="checkbox"/> 120cm以上 <input type="checkbox"/> 120cm未満 体重 <input type="checkbox"/> 135kg以上 <input type="checkbox"/> 135kg未満 |
| ③ 現在妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。または、授乳中ですか。 (妊娠中の方は当院では検査できません。) | <input type="checkbox"/> 妊娠中（可能性ありも含む） <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ 現在、治療中（投薬中など）のご病気はありますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ ④で「はい」の方は、病名をチェックしてください。 病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腹壁ヘルニア <input type="checkbox"/> 鼠径ヘルニア <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | |
| ⑥ 現在服用中のお薬はありますか。（他の医療機関での処方内容も含む。） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑦ ⑥で「はい」の方は、 <u>他の医療機関での処方内容も含め、</u> <u>お薬のお名前を全てご記入ください。</u> | ※ <input type="checkbox"/> 別紙参照あり |
| ※その中で抗血栓薬や抗凝固薬がありましたら、薬剤名と休薬可能期間をご記入ください。 | |
| 薬剤名： 休薬可能期間： <input type="checkbox"/> 休薬不可 <input type="checkbox"/> 検査当日のみ休薬 <input type="checkbox"/> その他（休薬期間： _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日） | |
| ⑧ 排便状況について教えてください。 | _____ 日に _____ 回 <input type="checkbox"/> 便秘気味 <input type="checkbox"/> 下痢気味 |
| ⑨ 現在ペースメーカー等のご使用中ですか。 「はい」の場合は当日ペースメーカー手帳を持参してください。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑩ 17歳の方はご家族のお付き添いが必要ですが、可能ですか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑪ 左下横向き、膝を曲げた姿勢で30分程寝転べますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑫ 検査する先生のご指定はありますか。（女性医師は木曜日です） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (_____) 先生 |

注意事項

検査当日、ご自身での車・バイク・自転車等の運転は不可です。

ポリプ切除をした場合、治療後1週間は食事、飲酒、運動、行動（旅行・出張）等の制限があります。