

胃・大腸内視鏡検査用 FAX検査予約申込書 兼 診療情報提供書
FAX:048-613-3925

JCHOさいたま北部医療センター
〒331-8625
埼玉県さいたま市北区宮原町1-851
地域医療連携室 TEL 048-653-7858

令和 年 月 日

貴院の名称
所在地
医師名

診療科 内科 TEL()

医師名 FAX()

(希望医師名がない場合は記入不要)

フリガナ 患者氏名	様	男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生
歩行	可・不可		電話	()			

検査希望日	第1希望日	令和	年	月	日
	第2希望日	令和	年	月	日
	第3希望日	令和	年	月	日
	いつでもよい				

検査依頼	検査名	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 (自宅飲み・院内飲み・検査入院)				
	感染症採血	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 [HB抗原(- ・ +) HCV抗体(- ・ +) ワ氏(- ・ +)]				
	抗凝固薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	休薬	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能		
	現在投与している薬剤					
<p>※当院指定の説明書・同意書・問診票をあらかじめ配布していただき、同意書・問診票を記入のうえ、持参していただきます。</p> <p><大腸内視鏡検査></p> <p>①自宅飲み: 自宅で当日下剤を服用される場合は内科初診外来へご紹介ください。</p> <p>②院内飲み: 自宅で前日下剤服用、当院で当日下剤を服用される場合は、前日下剤はご処方ください。当日午前8時30分に来院していただきますようご説明ください。</p> <p>③検査入院: 80歳以上のご高齢の方には入院での検査をお勧めしております。その他の条件で入院をご希望される場合も同様にお受けします。詳細は連携室よりご連絡します。</p>						
検査目的・症状・経過等						

※必要事項を記入し、下記番号へFAXいただければ予約をお取りできます。

FAX:048-613-3925