**けいなん総合病院**

**消化管内視鏡検査依頼　兼　紹介状　　ＦＡＸ送付票（医療機関用）**

申込日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介元  医療機関名 |  | | 担当医師 |  | 電話番号 |  |
| フリガナ |  | | 生年月日 | （　　　歳） | | |
| 氏　名 |  | | | | 性別 |  |
| 住　所 |  | | | | 電話番号 |  |
| 患者情報（病名・臨床経過・紹介目的等） | | | | | | |
| 当院内視鏡検査歴 | | 有　　　無 | | | | |
| 現在の処方等（休薬する薬がある場合は休薬開始日も記載してください） | | | | | | |
| 検査日 | 年　　　月　　　日（　　　）　　　　　　時　　　分 | | | | | |
| 鎮痙剤（セスデン）使用：　　可　　　否  　　　　　※心臓病（不整脈）・緑内障・前立腺肥大がある場合は、否にしてください。 | | | | | | |
| 《内服薬留意点》  ・高血圧薬内服中　→　検査当日、早朝に内服してください。  ・糖尿病薬内服中　→　検査当日の朝は内服を中止してください。  ・抗凝固薬内服中　→　生検を行う可能性がある為、所定の期間休薬してください。  　　　　　　　　　　　休薬開始日も記載してください。 | | | | | | |

**※来院の際は保険証、お薬手帳をご持参くださいますようご説明ください。**

【検査の申込み】　地域連携センター　電話：0255-72-3161　ＦＡＸ：0255-72-3175