大腸内視鏡検査予約申込み書兼受付書（地域医療連携FAX用）

年　　月　　日

海南病院地域医療連携センター宛

病医院名
医師名
TEL
FAX

公費負担者番号				保険者番号			
受給者番号			男・女	被保険者証	記号		
受診者	ふりがな				番号		
	氏名			被保険者氏名			
				資格取得日		年　月　日	
	生年月日	S･H･R　年　月　日　歳		子障母番号			
住所	〒 Tel　－　－						

申込みにあたっての注意事項

1.以下の条件（チェックしてください）を**全て**満たす方が対象となります

- ☐ 便潜血陽性患者または、定期フォローアップ患者
- ☐ 79 歳以下の患者
- ☐ 5 年以内に大腸内視鏡検査を受けた経験のある患者
- ☐ 抗凝固剤、抗血小板薬を内服していない患者

2.前処置（患者さんへの処方・説明をお願いします）

前日朝昼夕食　　消化の良い食事　夕食後、絶食

前日就寝前　　**センノサイド（またはセンノシド、プルゼニド）2 錠**
ラキソベロン（またはピコスルファートナトリウム）1 本
（紹介元医療機関で処方をお願いします）

当日朝食　　絶食（血糖降下薬剤・インスリン注射は中止してください）

検査希望日	月　日	月　日	月　日	月　日
都合の悪い日	月　日	月　日	月　日	月　日

＊　検査前日（休日除く）までに診療情報提供書を地域医療連携センターへ FAX してください。

＊　がん検診精密検査の方は、精密検査結果報告書を必ずご持参ください。

＊　当日、服用している全ての内服薬とお薬手帳を必ずご持参ください。

検査日　　年　　月　　日（　　）　**09:30　診察**
14:00　検査

海南病院地域医療連携センター（代表TEL0567-65-2511　直通TEL0567-65-2518　FAX0567-67-2975）