

FAX送信票

開業医様用

独立行政法人 地域医療機能推進機構

桜ヶ丘病院

地域連携室 FAX054-353-5319

保険者番号								
記号・番号								
被保険者との続柄	本人 ・ 家族							
フリカナ 患者ご氏名					生年月日	M・T・S・H (歳) 年 月 日	男・女	
住 所	〒				電話 ()			
ご 紹 介 元 名称・連絡先								

胃内視鏡問診票

- I. ①他院処方も含め、現在服用中の全てのお薬をご記入してください。
検査当日の朝、降圧薬は内服が必要です。内服すべき薬に○印を付けてください。

抗凝固剤 (有 ・ 無)
有の方は、薬品名をご記入してください。

抗凝固剤中止 (可 ・ 不可)
可の場合は当院の規定通り中止します。
中止不可の場合、生検禁止となります。

②検査の希望日がある場合

第1希望 _____ 第2希望 _____

II. 以下の内容を患者様にご説明ください。

①検査前日の夜

- 夕食は、消化の良いものを夜8:00までに済ませてください。
水分は、摂取しても構いません。
 内服は、普通どおりをお願いします。

②検査当日の朝

- 絶飲食
 起床時、水または白湯をコップ1杯程飲んでも構いません。
 血圧の薬のみ、起床時に服用してください。
 インスリン注射は、当日中止してください。
 金属類は、外して検査にいらしてください。
 注射の影響が残りますので、車での来院は、避けるようにしてください。

FAX 送付先 054-353-5319 JCHO 桜ヶ丘病院 地域連携室