

FAX送信票

開業医様用

保険者番号									独立行政法人 地域医療機能推進機構
記号・番号	.								桜ヶ丘病院
被保険者との続柄	本人・家族								地域医療連携室 FAX054-353-5319
フリガナ 患者ご氏名					生年月日	M・T・S・H (歳)	男・女		
						年 月 日			
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、降圧薬は服用が必要です。服用すべき薬に○をつけてください。

抗凝固剤 (有・無)

有の方は、薬品名をご記入ください。

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 地域医療連携室