

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

保険者番号							
記号・番号	.						
被保険者との続柄	本人 ・ 家族						
フリガナ 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							

清水さくら病院

地域医療連携室 FAX 054-340-8273

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 054-340-8273 JCHO清水さくら病院 地域医療連携室