

# 重井医学研究所附属病院

## 内視鏡検査申込書

TEL:086-282-5311

FAX:086-282-4447(入退院支援センター宛)

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 希望検査 (○をつけてください)                   |    |
| 上部                                 | 下部 |
| 嚥下造影検査も希望 <input type="checkbox"/> |    |

|       |  |
|-------|--|
| 貴施設情報 |  |
| 名称:   |  |
| TEL:  |  |
| FAX:  |  |
| 医師名:  |  |

予約 希望日

|      |   |   |   |    |                |
|------|---|---|---|----|----------------|
| 第一希望 | 年 | 月 | 日 | 曜日 | 当院受診歴 (有・無・不明) |
| 第二希望 | 年 | 月 | 日 | 曜日 |                |
| 第三希望 | 年 | 月 | 日 | 曜日 |                |

上部内視鏡の予約検査日は月・火・水・金・土 午前9時～11時30分です。  
下部内視鏡の予約検査日は月・火・水・金 午後になります。  
翌日の検査予約については前日午後5時までにお問い合わせいたします。  
抗血栓薬内服中の方で、7日以内の検査の場合は、観察のみになります。  
ポリープ切除を希望される方は7日以上空けてご希望日の検討をお願いいたします。

患者情報

|         |     |                    |
|---------|-----|--------------------|
| フリガナ    | 性別  | 生年月日               |
| 氏名      | 男・女 | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日 |
| 主訴・検査目的 |     |                    |

内服薬の確認と休薬について

- ・服薬中のお薬がある場合は処方箋、もしくはお薬手帳のコピーなど内服状況が把握できるものを御教示ください。
- ・抗血栓薬がある場合、休薬が可能かどうかにつきまして御指示いただけますよう併せてよろしくお願いたします。

■抗血栓薬の休薬(可・不可) ※ご説明は当院にて行わせていただきます

医療関係者各位

- (1)上部内視鏡検査希望の際はFAX申込書と問診票も同時に送信をお願いいたします
- (2)貴院で記載いただいた問診票は検査当日に患者さんが持参できるように手配をお願いいたします。
- (3)本申込書をFAX送信していただければ、できるだけ速やかにFAXで「予約票」を返信いたしますので、患者さんにもお渡しく下さい(当日持参していただきます)。  
予約票が届かないなど不都合がございましたら入退院支援センターまでご連絡ください。
- (4)降圧剤を内服中の方は検査当日早朝起床時に内服していただくようご指示お願い申し上げます。
- (5)鎮静薬をご希望の方は、当日ご自身で運転して来院されないようご指示お願い申し上げます。  
(公共の交通機関を利用されるか、送って頂くかして、お越し下さい。)
- (6)抗血栓薬を内服中の方は休薬が可能かどうかの記入をお願い申し上げます。  
休薬可能な際の具体的な休薬につきましては、当院にてご説明させていただきます。