**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**  前日就寝前　　　　　**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。**

09：30　　診察

14：00　　検査

**検査日　　　　　年　　　　月　　　日　（　　　）**

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）