

FAX専用上部消化管内視鏡検査依頼申込書 2020年 月 日

受信施設 しょうのクリニック 宛 〒591-8025 大阪府堺市北区長曾根町3082-1 クリニックステーションなかもず2階 HP: shonoclinic.com TEL: 072-240-2370 FAX: 072-240-2371	送信施設様 医療機関名: 〒 ご住所: TEL: FAX: ご依頼医師名: 様
--	---

FAX受付時間: 月: 9:00~19:30
 火: 9:00~12:00 16:30~19:30
 水: 13:00~18:30
 木: 9:00~12:00 16:30~19:30
 金: 9:00~19:30
 土: 9:00~12:00 上記以外の時間帯はご連絡が遅くなります。

内視鏡検査時間: 月・金(13:30-16:00)・土(9:00-10:30)

受診(検査)希望日①:		月		日	時頃
-------------	--	---	--	---	----

受診(検査)希望日②:		月		日	時頃
-------------	--	---	--	---	----

※ 検査日時が決まり次第、貴院にご連絡いたします。

抗血栓薬の服用: 無 有 服用されている薬に○をつけて下さい。
 バイアスピリン ・ プレタール ・ プラビックス ・ パナルジン
 タケルダ ・ コンプラビン ・ ワーファリン ・ イグザレルト
 プラザキサ ・ リクシアナ ・ エリキュース

抗血栓薬の中止: 可 不可

紹介患者様:		生年月日	T・S・H
ふりがな:			
氏名:	男・女	年	月 日

住所(〒)	当院受診歴	あり・なし
--------	-------	-------

電番番号:
 検査目的・主訴・既往歴などお願いします

鎮静剤使用希望について: 希望なし 希望有り
 (ただし診察の後に鎮静剤使用が可能か判断させていただきます。鎮静剤使用後はお車、自転車運転はできません。)

内視鏡方法: 経口(お口から) 経鼻(お鼻から)

保険情報 国民健康保険 社会保険 その他

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）を受けられる方へ

ご氏名：

検査日：202 年 月 日（ ） 時 分から
(月・金曜日は午後から開始、土曜日は午前から開始します。)**検査前日までの注意点：**

- 血液をサラサラにするお薬を服用している場合は、あらかじめ休薬を行うかの検討をしますので、予約時にお申し出ください。
()
- その他のお薬は通常通り内服してください。
- 前日の夕食は午後8時までに摂って下さい。消化の良いものにして下さい。
- 検査前日から禁煙してください。

検査当日の注意点：

- 当日は検査時間の15分前にご来院下さい。
 - 食事について（検査時間によって変わります。注意してください）
午後からの検査の場合（月・金曜日）： 朝は午前8時までに消化の良いものを少量摂取してください。**昼食は絶食**です。
午前からの検査の場合（土曜日など）： **朝食は絶食**です。
 - 水分は検査2時間前までは摂取可能です。ただし水、お茶、スポーツドリンクは可能ですが、牛乳や果肉果汁などはお控えください。
 - 当日朝のお薬は、通常通り内服可能です。
 - 午後からの検査の場合は、昼食後の薬は検査終了後に内服してください。
 - 検査時に**鎮静剤（検査時に眠るお薬）**を使用希望の方は、検査終了後は転倒など防止の為、しばらくクリニック内で休憩して頂きます。
 - 鎮静剤使用の場合は検査後の**車、単車、自転車**の運転ができません。
- その他、ご不明な点がございましたら、ご連絡下さい。