様式 32-2

聖ヨゼフ病院　即日下部内視鏡検査依頼書
（診療情報提供書）

平成　　年　　月　　日

貴医療機関名称

住所　〒（　　－　　）

電話番号　　－　　－　　FAX　　－　　－

先生のお名前　　先生

聖ヨゼフ病院の受診歴：☐ 有　☐ 無　☐ 不明

※ありましたら診察券番号をご記入下さい。

フリガナ		性　別	生　年　月　日
氏　　名	様	男 ・ 女 (M)　(F)	年　　月　　日
現 住 所	〒（　　－　　） 電話　　－　　－		
連 絡 先	電話　　－　　－		

主 保 険		保険者番号								記　号 ・ 番　号								1. 本人 2. 家族
併用保険		負担者番号								受給者番号								給付割合	☐併用無し
	1																	0 割･1 割･2 割･3 割	
	2																	（　　）	

☑ **下部（大腸・直腸）**

医療情報（主訴、経過）

心　疾　患：有り（　　）・無し

前立腺肥大：有り（　　）・無し　　緑　内　障：有り（　　）・無し

抗凝固剤・抗血小板剤の処方：有り（　　）・無し

中止する場合、検査前の休薬期間のご指示：　休薬期間（　　）日間

（抗凝固剤・抗血小板剤を中止しない場合は観察のみ行います。生検は行いません。）

感染症のデータがありましたら（　　年　　月　　日）

ＨＢｓ抗原：　＋ ／ －　　ＨＣＶ抗体：　＋ ／ －　　W氏：　＋ ／ －

※ 検査前日の午後 9 時に、ラキソベロン 1 本と水 200 ㎖以上を内服するようご指示下さい。

FAX：046-824-8076　　地域連携室直通　　電話：046-824-8071