

FAX送付

大腸内視鏡検査依頼書

一祐会 藤本病院
地域医療・退院支援課 宛
FAX 072-824-1563

円滑に検査を行うため、お手数ですが下記内容をご記入いただき、FAX送付をお願いします。

ふりがな		男・女	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	才
患者名							
住所			連絡先				
ご都合の悪い日があればご記入下さい。	月	日()	月	日()	月	日()	

患者情報	主な基礎疾患
	抗血栓薬 無 ・ 有 (薬剤名 月 日から中止)
検査目的	☐ 定期検査 ☐ 精査目的 ☐ 術前検査 ☐ スクリーニング ☐ その他()
	・ 腹部手術歴 あり ・ なし ・ ブスコパンの禁忌 あり ・ なし ・ 緑内障と言われたことがある。 はい ・ いいえ ・ 【男性の方へ】尿が出にくい、または前立腺肥大と言われた。 はい ・ いいえ

患者さんへ検査3日前までに、藤本病院に受診していただくようお願いください。

検査依頼医師

病院
医院
クリニック

先生