

# 消化器内科：大腸スクリーニング日帰り外来(CS 外来)

## FAX 予約用診療情報提供書

令和 年 月 日

神戸市立医療センター中央市民病院

消化器内科 担当医 先生 名称  
住所 〒  
医師名  
電話

印

FAX

フリガナ 氏名	神戸市立医療センター中央市民病院受診歴 1 有 2 無 患者番号( )	
生年月日	昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)	
住所	〒 電話：自宅 ( ) - 連絡先 ( ) -	
※保険情報	本人・家族	【保険者番号】 【記号】 【番号】 本人・家族
	公費負担等	【公費負担番号】 【公費受給者番号】 【負担割合等】
	公費負担等	【公費負担番号】 【公費受給者番号】 【負担割合等】
診断名		主訴
紹介目的	大腸内視鏡検査 (スクリーニング) 依頼	

※保険情報は可能な限りご記入願います。(院外処方箋の FAX でも構いません)

### 【紹介元へのお願い事項】

- ① 検査前日に服用する下剤 (ピコスルファート 1 本) は、紹介元にて処方下さい。
- ② 予約票と下部内視鏡検査説明書・検査指示書を患者さんにお渡しください。  
検査指示書の食事の注意事項、検査前日 21 時の下剤服用、当日朝絶食を患者さんにご確認願います。
- ③ (服用中であればチェック)  抗血栓薬服用中の方に対しては、原則、続行の上で検査を施行します。

### 【診療情報】 ①主訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現 症 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他

予約希望日 又は曜日	第 1 ( 月 日 / 曜日) 第 2 ( 月 日 / 曜日)
---------------	---------------------------------

備考 1. 必要に応じて、検査データを添付ください

■ 神戸市立医療センター中央市民病院 患者総合支援センター TEL 078-302-6031  
FAX 078-302-2251

【中央市民病院宛】