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

名　称

消化器内科　担当医　　　　　先生　　住　所　〒

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話　　　　　　　　　　FAX

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女 | 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。1. （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　地域医療連携センター　　ＴＥＬ　078-302-6031

ＦＡＸ　078-302-2251

【中央市民病院宛】