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　　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。
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　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】