

りんくう総合医療センター 下部内視鏡検査 診療情報提供書兼依頼書

紹介医療機関名・医師名・電話・FAX

申込日 年 月 日

送信先：りんくう総合医療センター 地域医療連携室  
TEL：072-469-7835 FAX：072-469-7931

りんくう総合医療センター 受診歴 有・無・不明		診察券番号（ID番号） ( )		画像情報提供（USB不可※） 有（CD-R・フィルム・紙）・無	
フリガナ		旧姓	性別	生年月日	
患者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (満 歳)	
住所	〒				
TEL		携帯番号			
受診状況	(貴院に) <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中				
確認内容	<p>・下記の○項目全てに☑のある方は大腸内視鏡検査（予約枠は平日の午後）が可能です。</p> <p><input type="checkbox"/> 合併症がコントロールされ検査可能な状態 <input type="checkbox"/> 高度便秘ではない</p> <p><input type="checkbox"/> 前処置と検査を理解できる <input type="checkbox"/> 自分で歩いてトイレに行ける</p> <p><input type="checkbox"/> 鎮静あり <input type="checkbox"/> 鎮静なし</p> <p>※鎮静ありの場合、検査の実施時間が長くなる場合があります。</p> <p>検査終了後は、車・バイク・自転車の運転は不可です。詳しくは別紙説明書をご確認ください。</p> <p>◆原則、検査結果は翌診療日には検査所見を送付いたします。</p> <p>結果説明及び治療方針決定は貴院で対応をお願いいたします。内視鏡医の判断で病理検査及びポリープ切除を実施した場合は、1週間程度後に結果をご報告いたします。</p>				
病名					
紹介目的	<p>依頼内容、症状、治療経過など</p> <p><input type="checkbox"/> 別紙紹介状 有</p> <p>※原則として、抗血栓薬を服用している方はポリープ切除を行いません。後日当科外来にて抗血栓薬の中止及びポリープ切除の可否を当科が判断致しますので、予めご了承ください。</p> <p>※検査後、内視鏡医が早急に専門科受診が望ましいと判断した場合には、貴院に確認の連絡をさせていただいた上で、当院の専門診療科にて対応させていただきます。もしも、貴院に連絡がつかない場合には、事後報告になることもあります。ご了承ください。</p>				
予約希望日	2週間以内 ・ 3週間以内 ・ 4週間以内				
その他	医療行為 ( なし ・ あり ( ) )				

※USBメモリはセキュリティの都合で使用できません。CD-Rかフィルムまたはプリントでの提供をお願いします。