

内視鏡(上部消化管)検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書
FAX 0258-28-9060

長岡赤十字病院 病診連携室 宛
TEL : 0258-28-3600 (代表)

受付時間 : 平日8:30~16:30 (FAXは24時間受信可)
※上記時間外の受信は翌診療日以降の返信となります。

※受取り後に内容を確認する場合があります。
電話対応が可能な時間帯にお申込下さい。

紹介元 令和 年 月 日
医療機関名
診療科
医師名
TEL
FAX
担当者

●患者情報

フリガナ 氏名				性 別	当院受診歴
				男 ・ 女	有 ID番号
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳			無	
※外国人の場合 国 籍		母国語		使用言語	
住 所	〒			電話番号 (日中の連絡先)	
				— —	
保険者番号			公費負担者番号		
記号番号			受給者番号		
被保険者 (本人・家族)	負担割合 (割)	公費有効期限	年 月 日		
検査希望日	※ 原則、【月・火・水】曜日のご案内となります。希望に添えない場合は最短日でご案内いたします。 ① 年 月 日 () ② 年 月 日 () ☐ いつでもよい その他 ()				
臨床診断 検査目的 (別紙可)					
ブスコパン使用	☐ 可 ☐ 否				
抗凝固剤・ 抗血小板の服用	☐ 継続中 (生検禁) ☐ 継続中 (生検可) ☐ 中止 (生検可) ☐ 無 (生検可)				
薬 剤 名			休 薬 日	月 日から	
感染症既往	☐ 未検査 ☐ なし ☐ あり (HB[] HCV[] HIV[])				

予約日時を確定し、「検査予約票」をFAXいたします。内容をご確認のうえ患者さんにお渡しください。

※日赤記載欄

同意書FAX

消化器内視鏡検査における同意書

□の欄をレ点でチェック

□事前のウイルス検査

内視鏡検査は1日に多数の患者さんに検査を行います。医療機器を介して人から人への感染が発生してはなりません。そのため各患者さんの、B型・C型肝炎ウイルス、梅毒、エイズウイルスの有無について事前に確認しておくことが必要となります。事前の採血で検査されますが結果は内視鏡検査の結果と同時に確認できます。担当医にお尋ねください。

上記につきご了承いただけましたら下欄内に署名をお願いします。

□上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）

検査日 年 月 日

別紙の説明書をお読みいただき、ご了承いただけましたら下欄内に署名をお願いします。

□下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ）

検査日 年 月 日

別紙の説明書をお読みいただき、ご了承いただけましたら最下欄内に署名をお願いします。

□大腸ポリープ切除術

血液を固まりにくくする薬を使用していない場合など、条件があれば、下部消化管内視鏡検査と同時に行うことができます。別紙の下部消化管内視鏡検査説明書をお読みいただいた上で、ご了承いただけましたら最下欄内に署名をお願いします。

説 明

本紙および別紙説明書のとおり、事前のウイルス検査、上部消化管内視鏡検査、下部消化管内視鏡検査・同時の大腸ポリープ切除術の目的・方法・合併症について説明致しました。

年 月 日 科 医 師

※署名以外は必ず押印すること

同席看護師

同 意 書

本紙および別紙説明書のとおり、事前のウイルス検査、上部消化管内視鏡検査、下部消化管内視鏡検査・同時の大腸ポリープ切除術の目的・方法・合併症について理解し、その施行に同意します。

年 月 日 本人署名

代理人署名 続柄（ ）