

診療情報提供書 (内視鏡検査用)



FAX: 072-670-1137

(予約専用TEL 072-670-1137、一般TEL 072-670-1010にて検査日確定後FAXして下さい。)

フリガナ		医院様名	
氏名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
住所	〒	貴院 ID	
TEL		検査日	令和 年 月 日 (電話で検査日を確定して下さい。)

申し込み検査: 上部内視鏡検査 下部内視鏡検査

検査目的: スクリーニング・経過観察・その他()
コメント: (詳細な検査目的・合併症等があれば記載してください)

結果説明: 貴院で説明・治療、 当院で説明・貴院で治療、 当院で説明・治療

確認事項: 上部内視鏡の場合1~3、下部内視鏡の場合1~4の該当項目にチェックを入れてください。

- 抗コリン剤(ブスコパン)の使用について 可能 不可能(理由:)
- 検査中の鎮静剤、鎮痛剤について 希望する 希望しない
(希望時、運転での来院は控える様説明して下さい。)
- 抗凝固薬の内服、休薬指導について 内服無 休薬指示済 観察のみ
(中止困難時、観察のみとなる可能性を説明して下さい。)
- 腸管洗腸液(ニフレック®等)の内服について 内服可能 不可能
- ポリープの日帰り切除について 希望する 希望しない
(希望時承諾書にサインを貰って下さい。)

内視鏡治療に対する承諾書

組織検査のため病変の一部をとって調べたり、ポリープの切除などの治療を行うことがありますが、ごくまれに**出血**や**穿孔**(腸に穴が開くこと)などの偶発症を起すことがあります。万が一偶発症が起きた場合、入院や緊急の処置・手術が必要になることがあります。なお、大腸ポリープの切除に伴う、偶発症発生頻度は全国集計(1998年から2002年の5年間)で**0.145%**(約670人に1名の割合)と報告されています。(日本消化器内視鏡学会調べ)

上記説明を理解し、内視鏡治療に同意します。

氏名

令和 年 月 日