

紹介患者 FAX診療申込書

医療法人 蒼生会 楠本病院 地域医療連携室 行
広島県福山市曙町3丁目19番18号 電話：084-954-3030 FAX：084-954-9085
受付時間 8：30～17：30

(紹介元医療機関)
医療機関名：
診療科・医師名：
住 所：
電 話 番 号：
F A X 番 号：

患者氏名	(フリガナ)	男 ・ 女	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
住 所 電話番号	〒 ー		電 話 号 ー ー	
当院受診歴	あり・なし・不明		当院診察券	あり・なし

外来予約	受診希望診療科		受診希望日	
	医師名 ※1		第1希望： 月 日() 午前・午後	
			第2希望： 月 日() 午前・午後	・いつでも構わない

※1 希望医師のない場合は、外来担当医とさせていただきます。

《傷病名，紹介目的，その他連絡事項等》
(CT検査・胃カメラ検査 希望等もご記入ください。紹介状添付で省略できます。)

大腸内視鏡検査予約	検査目的	・ 検診異常 ・ 症状精査 ・ その他()	検査希望日 ※2	
			第1希望： 月 日() :	
	検査内容 ※3	・ 全大腸検査 ・ S状結腸検査	抗凝固・抗血小板薬 ※4	
			投薬 無・有()	
		投薬中止	しない・する	

- ※2 検査予約は 月・火・水曜の 13:00、13:30、14:00、14:30 となります。
- ※3 基本的に全大腸内視鏡を行います。閉塞や急性炎症性疾患が疑われるときは浣腸または前処置無しでのS状結腸検査をお勧めします。
- ※4 基本的に糖尿病のお薬以外は続行して行います。抗凝固・抗血小板薬の中止は血栓リスクとの兼ね合いになります。処置目的でなければ初回は内服続行のまま観察のみの検査をお勧めします。