

診療情報提供書 (内視鏡検査用)



内科・胃腸内科

むらのクリニック

FAX:06-6228-3231

(お電話で検査日を確定後FAXをお願いいたします。)

ふりがな		生年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 (才)
氏名				
住所	〒 -	電話	自宅 携帯電話 勤務先	
医院 様名	(貴院ID No.)	検査日	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 腹部超音波検査

検査目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング・ <input type="checkbox"/> 精査(<input type="checkbox"/> 便潜血陽性 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 検診で異常指摘)・ <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他()
検査回数	<input type="checkbox"/> 初回検査・ <input type="checkbox"/> 2回目以降
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	<input type="checkbox"/> 貴院 で説明・治療 <input type="checkbox"/> むらのクリニック で説明・貴院 で治療 <input type="checkbox"/> むらのクリニック 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1~5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
不可能(理由:) 可能
- 検査中の鎮静剤、鎮痛剤について(希望時、運転での来院は控える様説明して下さい。)
希望する 希望しない
- 抗凝固薬の内服、休薬指導について(中止困難時、観察のみとなることを説明して下さい。)
内服無 休薬指示済 観察のみ
- 腸管洗腸液(マグコロールP・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(希望時承諾書にサインを貰って下さい。)
希望する 希望しない

内視鏡治療の承諾書

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。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、ポリープ切除での偶発症は全国的に0.14~0.15%(約670人に1名の割合)で、その内容は①出血、②穿孔、③その他です。偶発症に対しては内科的治療で対応できることが多いですが、まれに緊急手術が必要なこともあります。(消化器内視鏡関連の偶発症に関する第3回・第4回全国調査報告より、日本消化器内視鏡学会)

上記説明を理解し、内視鏡治療に同意します。

氏名 _____

平成 年 月 日