

診療情報提供書

CDS : colon direct system 専用

年 月 日 (様式3)

帯広第一病院 消化器内視鏡センター

ご依頼医療機関

住 所

名 称

医師氏名

電話番号

FAX 番号

医師 御机下

フリガナ		住所	
患者氏名	男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	TEL	() —

検査目的	大腸内視鏡検査 (CDS)
依頼目的	☐ 便潜血反応陽性 ☐ その他 ()
既往歴	
現在の処方内容	
留意事項	・ニフレック (経口腸管洗浄薬) 禁忌例の確認 腸閉塞 ☐有 ☐無 強い腹痛 ☐有 ☐無 腹満 ☐有 ☐無 ・抗凝固剤、抗血小板剤の内服 ☐無 → ポリペクトミー希望 ☐有 ☐無 ☐有 → ●抗凝固剤、抗血小板剤内服中は内服継続のまま、 休薬せずに御紹介下さい。 ●病変が見つかった場合は、改めて御相談させていただきます。
備考	

予約連絡先

帯広第一病院 地域医療連携室

直通フリーダイヤル : 0120-558-091

e-mail : renkei@zhi.or.jp