

大腸内視鏡検査依頼医療機関様へのお願い

【ご予約について】

1. 検査は全て予約制です。診療情報提供書をご記入のうえ電話にて、検査日および前処置説明会の2日分のご予約を承ります。
2. 80歳以上の方、急性期の心臓疾患で治療中の方のご依頼はお受けできません。（緊急時の対応などから、総合病院・大学病院等での検査をお勧めします。）
3. 診療情報提供書は、前処置説明会に間に合うように出来るだけ事前にファクシミリまたは郵送でお送りください。
（当日、受診者の方がご持参されなかった場合、臨床情報・治療経過などが把握できないため、検査ができないこともありますのでご注意ください。）
4. 診療情報提供書はもれなくご記入ください。また、ご記入いただいた内容等につきまして当センターから問い合わせをさせていただく場合がありますのでご了承ください。

【検査について】

1. 前処置説明会は検査医による問診がありますので、必ず本人がおいでになるようご案内ください。その際、検査医の判断で検査の可否についてご相談させていただく場合もあります。
2. 抗血栓薬など検査に影響があると思われる薬剤を投与の場合は薬剤名等を必ずご記入ください。また受診者には、検査当日お薬手帳などをご持参いただきますようお願いください。
※抗血栓薬の取り扱いについては、別紙「消化器内視鏡検査（生検検査）抗血栓薬リスト」をご参照ください。

【検査結果について】

1. 検査結果は貴院宛に発送いたします。
2. 当センターでは受診者へ簡単な結果説明をしておりますが、貴院から直接受診者へご説明くださるようお願いいたします。
3. 検査結果によっては、ご依頼先の医療機関へご連絡の上受診者に結果をお渡しする場合がございます。

本様式の最後のページは受診される方への『注意書き』および『案内図』となっております。検査日時をご記入のうえ、受診される方へお渡しください。

公益財団法人世田谷区保健センター 医務課
〒156-0043 世田谷区松原6-37-10

【予約】TEL 03-6265-7446 FAX 03-6265-7419

診療情報提供書

[大腸内視鏡]

(公財) 世田谷区保健センターあて (FAX 03-6265-7419)

2020年4月版

医療機関名	年 月 日	フリガナ		男 ・ 女
所在地		生年月日 T・S・H	年 月 日	歳
医師名		住 所	丁目 番 号	
電 話		電 話 ()		
前処置説明会日時	年 月 日 (水) 午前 10時 45分			
検 査 日 時	年 月 日 ()	午後 時 分	状態	担送・車椅子・独歩
感染症検査日	HBV +・-・未検査	HBV +・-・未検査	ワッセルマン +・-・未検査	その他 ()
薬物アレルギー	無 ・ 有 (ヶ月)	妊 娠	無 ・ 有 (ヶ月)	
<p>臨床診断：</p> <p>紹介目的：</p> <p>既往歴及び家族歴：</p> <p style="margin-left: 20px;">心疾患(病名)・高血圧・肝疾患・緑内障</p> <p style="margin-left: 20px;">その他 []</p> <p style="margin-left: 20px;">抗血栓薬の服用 無 ・ 有 (薬品名)</p> <p style="margin-left: 20px;">休薬指示 無 ・ 有 (月 日より中止)</p> <p style="margin-left: 40px;">※休薬していない場合、組織診ができないことがあります。</p> <p style="margin-left: 20px;">フスコパンの使用について 可 ・ 不可</p> <p>症状経過及び検査結果：</p> <p style="margin-left: 20px;">腹痛・悪心嘔吐・膨満感・下血・貧血・黒色便・便潜血(+ ・ - ・不明)</p> <p>治療経過：</p> <p>現在の処方：</p> <p>備考：</p>				

この用紙は受診される方
にお渡しください。

【大腸内視鏡検査を受診される方へ】

前処置説明会の日時は 月 日 (水) 午前 10 時 45 分です。

検査日・受付時間は 月 日 (水) 午後 時 分です。

※受付時間に来られない場合は、必ず事前にご連絡ください。

- 検査についての詳細は、前処置説明会でおはなしします。
- 内視鏡検査では、検査医の判断で病理組織検査（組織の一部を採取）を行う場合があります。
- 抗血栓薬（血液をサラサラにする薬）を他院より処方されている方は必ず薬剤名を主治医へお伝えください。

1. この検査は保険診療です。

検査前の説明会の際も診察料、下剤、検査食等の費用がかかります。

保険証・医療証（交付されている方のみ）をご持参ください。

2. 検査にかかるご費用は、保険証・医療証の負担割合で現金にてお支払いいただきます。

前処置説明会

負担割合	一部負担金	検査食（保険適用外）	合計
1割	450円	1,500円	1,950円
2割	900円	1,500円	2,400円
3割	1,350円	1,500円	2,850円

検査日

負担割合	病理なし	病理あり
1割	2,100円前後	～6,000円
2割	4,200円前後	～12,000円
3割	6,300円前後	～18,000円

*上記の金額はあくまでも目安です。また、保険適用外の場合には下記へお問い合わせ下さい。

3. 検査前に問診票をご記入いただきます。メガネ等が必要な方はお持ちください。
4. 医師の問診がありますので、必ず本人が来所してください。
5. 既往歴などの関係から、検査が中止される場合があります。
6. 薬物その他にアレルギーのある方は申し出てください。
7. 現在、服用している薬がありましたらご持参ください。（薬の名称が記されたもので可。）
8. 病理組織検査を行った場合、検査当日の入浴・アルコール類は禁止となります。
9. 常用薬によっては、病理組織検査ができない場合があります。処方医とご相談ください。
10. 検査結果は主治医あてに郵送します。発送日は、検査当日に会計窓口でお伝えします。

公益財団法人世田谷区保健センター ☎03-6265-7413

公益財団法人 世田谷区保健センター案内図

〒156-0043 世田谷区松原6-37-10

世田谷区立保健医療福祉総合プラザ内2・3階

電話:03-6265-7413

FAX:03-6265-7419

○ 交通

下車駅	電車	小田急線	梅ヶ丘駅	北口	徒歩5分
			豪徳寺駅		徒歩8分
		東急世田谷線	山下駅		徒歩8分
		京王井の頭線	東松原駅		徒歩14分

バス	○ 渋54	○ 梅02	松原バス停	1分
	○ 等13		梅ヶ丘バス停	5分

