

谷川記念病院 オープン検査依頼票

医療機関名

TEL

依頼担当医

FAX

患者氏名	様	男 女	生年月日
			M・T・S・H 年 月 日
希望される検査	下部内視鏡(大腸カメラ)		
検査日	年 月 日 ()		
<p>◎検査日まで一度当院にて診察をさせていただきます。ご都合の良い日の診療時間内(月～土 午前診 8時半～12時)にご来院ください。</p> <p>診察ご希望の日時、担当医がある方は、お電話にてご予約、お問合せください。</p> <p>☆検査前日の午後9時に、当院から処方した下剤(マグコロールP)を服用してください。</p> <p>☆検査当日、8時30分までには受付にお越しください。</p> <p>☆当日の朝は絶食です。水分(お茶お水)は可。毎朝飲む薬(降圧剤・心臓の薬等)がある場合は、起床時(6時～7時まで)にお飲みください。※糖尿病・抗凝固薬の薬は服用しないでください。</p> <p>☆水かお茶を持参してください。</p> <p>☆当日は、当院にて下剤を服用して頂きます。</p> <p>☆検査時間まで病院内で待機していただきます。検査時間はお昼前後になります。</p> <p>☆ご来院の際には「診療情報提供書(紹介状)」「オープン検査依頼票」「健康保険証」を、受付にご提示ください。</p>			
<p><重要事項></p> <p>()は / より 飲まないでください。</p>			

何かご不明な点がございましたら、下記の電話番号にご連絡ください。

医療法人篤静会

〒567-0031  谷川記念病院

大阪府茨木市春日1丁目16番59号

TEL 072-622-3833

FAX 072-622-9702

受付日 年 月 日 FAX受付担当者()