

記入例

診療情報提供書（上部内視鏡検査依頼票）

〈様式8〉

FAX番号を間違わずに

申込日(西暦)

年 月 日

送付先: 予約専用

FAX: 079-451-8653

【紹介元情報】

所在地 〒

地方独立行政法人 加古川市民病院機構

加古川中央市民病院

先生

名称

診療科

医師名

TEL

FAX(必須)

【患者情報】

氏名	フリガナ	生年月日	(西暦)	年	月	日	()歳
	旧姓() ※必ず記載お願いします。	TEL	自宅 ()	—	携帯 ()	—	

住所 〒

診断名

患者さんが通院不可の日があれば記入してください

現状

必ず記入してください

動方法

独歩 歩行器

ストレッチャー

当院受診歴

有

無

予約希望日

第一希望

日

日

第一希望

日

日

いつでもよい

その

アプローチ・鎮静剤使用・生検の希望に☑を付けてください

上部内視鏡検査
事前確認事項

◆下記のいずれかにチェックを入れてください

希望のアプローチ (鼻腔) ※チェックが無い場合は、口腔からのアプローチとなります。

鎮静剤使用希望 (あり) ※鎮静剤を使用する場合、ご自身でお車・バイク・自転車の運転はできません

無し 抗血小板剤

必ず記入してください

DOAC : プラザキサ リクシアナ エリキュース イクザレルト

※生検希望 (あり ・ なし)

抗凝固薬: ワーファリン

※生検希望 (あり ・ なし)

必ず記入してください

既往歴等の確認

心疾患 (あり ・ なし)

緑内障 (あり ・ なし)

前立腺肥大症 (あり ・ なし)

ブスコパン (可 ・ 不可)

ペースメーカー (あり ・ なし)

必ず記入してください

生検の希望による抗凝固剤・抗血小板剤の内服について

抗凝固剤・抗血小板剤	生検を希望される方	生検を希望されない方
ワーファリン	受付後、検査説明をします。その後、検査前に採血をします。PT-INR3.0未満であれば、必要時施行医の判断のもと、生検を実施いたします。	受付後、検査説明を受けて頂き、胃カメラを実施します。
DOACを内服している場合	DOACの内服を当日朝のみ中止してください。	中止せずにそのまま来院してください。
抗血小板薬	すべて朝6時までに内服してください。	
紹介内容	(①主訴 ②既往歴 ③家族歴 ④病歴 ⑤症状 ⑥検査所見 ⑦治療経過 ⑧現在の処方 ⑨その他) ※ご記入いただくか紹介状の添付をお願いいたします。(紹介状は当日必ずご持参ください)	

改訂: 2021年4月

加古川中央市民病院 予約専用 FAX: 079-451-8653 TEL: 079-451-8651

予約受付時間は平日 月～金 9:00～18:00(木曜日は17:00)です。これ以降のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。なお、緊急時は必ずお電話をお願いします。

FAXは24時間受付しておりますが、業務時間外のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。