

診療情報提供書（上部内視鏡検査依頼票）

<様式8>

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)

氏 名	フリガナ	生年月日	(西暦) 年 月 日 () 歳
	男・女 旧姓() ※必ず記載をお願いします。	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	検査方法 ☐ 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 日 いつでもよい 日 日 日 その他 日 日 日	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) ※生検希望 (☐ あり・☐ なし) ☐ 無し ☐ 抗血小板剤 DOAC : ☐ プラザキサ ☐ リクシアナ ☐ エリキュース ☐ イグザレルト 抗凝固薬: ☐ ワーファリン 必ず記入して下さい		
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8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。