

記入例

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			
現状	☐ 外来通院中	移動方法	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー
予約希望日	必ず記入してください		当院受診歴 ☐ 有 ☐ 無
	第1希望 月 日	第2希望 月 日	第3希望 月 日
都合の悪い日:		備考:	
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。なお鼻腔は鎮静不可	
	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)	
既往歴等の確認	※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	
生検の希望による抗凝固剤・抗血小板剤の内服について	心疾患 (☐ あり・ ☐ なし)	
	緑内障 (☐ あり・ ☐ なし)	
	前立腺肥大症 (☐ あり・ ☐ なし)	
ペースメーカー (☐ あり・ ☐ なし)		
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: 2025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 9:00～17:30です。FAXは24時間受け付けておりますが、受付時間外のお申し込みは、原則、翌業務日以降のお返事となります。受付時間内のお申し込みでも、その時の予約状況等によって翌業務日以降のお返事になることがございますので、予めご了承ください。緊急時は必ずお電話をお願いいたします。