

# 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
	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	<input type="checkbox"/> 外来通院中	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
予約希望日	第1希望 月 日		第2希望 月 日
	第3希望 月 日		第3希望 月 日
都合の悪い日:		備考:	

必ず記入してください

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 ( <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし )	
	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 抗血小板剤 <input type="checkbox"/> DOAC : <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> リクシアナ <input type="checkbox"/> エリキュース <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 : <input type="checkbox"/> ワーファリン	
既往歴等の確認	心疾患 ( <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし )	必ず記入してください
	緑内障 ( <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし )	
既往歴等の確認	前立腺肥大症 ( <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし )	必ず記入してください
	ペースメーカー ( <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし )	

必ず記入してください

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: 2026年4月

予約専用窓口 FAX: 079-451-8653 (24時間受付) TEL: 079-451-8651

予約受付: 平日 9:00~17:00 (月火水金は17:30まで)

お申込の時間帯や予約状況により、お返事が翌業務日以降になる場合がございます。予めご了承ください。

【緊急時】必ずお電話にてご連絡をお願いいたします。

加古川中央市民病院