

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                            | TEL      | 自宅 ( ) - 携帯 ( ) -                                        |          |                            |
|       | 旧姓 ( ) ※必ず記載をお願いします。           |          |                                                          |          |                            |
| 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 | 当院受診歴    | <input type="checkbox"/> 有 |
|       | <input type="checkbox"/> 入院中   |          | <input type="checkbox"/> ストレッチャー                         |          | <input type="checkbox"/> 無 |
| 予約希望日 | いつでもよい                         | 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:                                                      |          |                            |

|                           |                                                                                                                                                               |                                                              |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 上部内視鏡検査<br>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)                                                                                  |                                                              |
|                           | ※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 ) |
|                           | 緑内障                                                                                                                                                           | ( <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ) |
|                           | 前立腺肥大症                                                                                                                                                        | ( <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ) |
|                           | ペースメーカー                                                                                                                                                       | ( <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ) |
| 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 )<br>※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: 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。