

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 ()	—	
	旧姓 () ※必ず記載をお願いします。			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	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 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) ※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