

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	☐ 外来通院中	移動方法	☐ 独歩 ☐ 車椅子	当院受診歴	☐ 有
	☐ 入院中		☐ ストレッチャー		☐ 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 (☐ 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)	
	※生検希望 (☐ あり ・ ☐ なし)	
既往歴等の確認	☐ 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	
	心疾患 (☐ あり ・ ☐ 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	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)	
	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9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

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