

診療情報提供書（上部内視鏡検査依頼票）

記入例

FAX番号を間違わずに

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)

【患者情報】

氏名	フリガナ	生年月日	(西暦)	年	月	日	()歳
	旧姓() ※必ず記載お願いします。	TEL	自宅	()	-		
			携帯	()	-		

住所 〒

診断名

現状 **必ず記入してください** 移動方法 独 ス **患者さんが通院不可の日があれば記入してください**

予約希望日 第一希望 月 日 第二希望 月 日
いつでもよい その他()

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 **アプローチ・鎮静剤使用に☑を付けてください**

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。

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)

無し 抗血小板剤 **必ず記入してください**

DOAC : プラザキサ リクシアナ エリキュース イグザレルト

※生検希望 (あり ・ なし)

抗凝固薬: ワーファリン **検査結果によって生検を希望される場合もありに☑をつけてください**

※生検希望 (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

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:2019年 9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 9:00～17:00です。これ以降のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。なお、緊急時は必ずお電話をお願いします。FAXは24時間受付しておりますが、業務時間外のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。