　大手前病院　地域医療連携センター　FAX　06-6966-5336　 TEL　06-6966-5335

**内視鏡検査依頼書（診療情報提供書）**

国家公務員共済組合連合会　大手前病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼日　　　年 　　月　　 日

　消化器内科　担当医　先生

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者  氏名 | ふりがな | | 性別 | 男  女 | 生　年  月　日 | 大正・昭和・平成・令和  年　　　　月　　　　日（　　　　　）歳 | | |
|  | |
| 住所 |  | | | | | 電話 | |  |
| ご紹介医療機関名 | | | ご紹介医師名 | | | | ご紹介医療機関TEL・FAX | |
| 【診断名】（検査に関連した病名をご記入ください。疑い病名でも結構です） | | | | | | | | |
| 【主訴　現病歴　検査目的】 | | | | | | | | |
| 検査希望日 | | 年　　　月　　　　日　（　　　　）　10:00 | | | | | | |
| 検査項目 | | 上部内視鏡　（ □　経口　　□ 経鼻　）  内視鏡が鼻腔を通過しない場合、経口検査での対応になります。  経鼻内視鏡の場合、鎮静は行いません。 | | | | | | |
| 鎮静希望　　（　□　あり　　□　なし　）  鎮静の場合、当日外来診察後の検査になります。  検査後、約1時間の安静が必要です。  当日、車の運転はできませんので、公共交通機関でご来院お願いします。 | | | | | | |
| 生検の可否 | | □　可　　□　不可 | | | | | | |
| 合併症  既往症 | | 心疾患　ペースメーカー　緑内障　前立腺肥大症　脳梗塞　鼻の疾患　腎不全　肝硬変　　　　　　　　精神疾患　キシロカインショック　高血圧　糖尿病　高脂血症  その他、手術歴など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | | | |
| 休薬開始日 | | 月　　　日 | | | | | | |
| 抗凝固薬 | | ワーファリン（ PT-INR　□　3未満　　□　3以上　）  プラザキサ 　リクシアナ　 イグザレルト エリキュース   * ワーファリンはPT-INR3未満、DOACは当日朝の休薬で生検可能です。 | | | | | | |
| 抗血小板薬 | | バイアスピリン/バファリン　プラビックス　パナルジン　プレタール　エパデール　アンプラーク  ドルナー/プロサイリン　オパルモン/プロレナール　ロコルナール　　コメリアン　ペルサンチン  コンブラビン配合錠　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）   * 抗血小板薬１剤のみの場合休薬不要です。 | | | | | | |
| 他院で服用中のお薬　□　あり　□　なし　（ 休薬の必要性　□　あり　 □　なし　）  　　　　　　休薬の必要性ありの場合、薬剤名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | |