

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
消化器内科 担当医 先生

依頼日 年 月 日

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 (<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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をお願いします。						
生検の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3未満 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (休薬の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 休薬の必要性ありの場合、薬剤名 ()							