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　侍史

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　（　　　　）　 |
| 検査項目 | 　□上部内視鏡　（ □　経口　　□ 経鼻　）　□下部内視鏡・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。・下部内視鏡の場合、検査前に一度外来受診していただきます。外来受診予約は検査予約時にお取りします。・おわかりになる場合は、クレアチニンまたはeGFRの値をご記入ください（　　　　　　　　　　　　　　）。 |
| 鎮静希望　　（　□　あり　　□　なし　）・上部内視鏡鎮静の場合、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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |