

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をお願いします。					
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) ブラザキサ 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 ()						