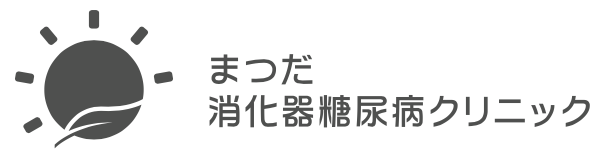
　　　　　内視鏡検査依頼書（診療情報提供書）



TEL:072-247-7500

FAX:072-247-7517

　　ふりがな

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号 |  | | | |  | | | |
| 被保険者 |  | | | | 続柄 | |  | |
| 公費負担番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | ／ |
| 負担率 | （　　　　）割 | | | | | | | |

貴院名(紹介元)：

主治医：

TEL:

FAX:

患者氏名：

生年月日：T・S・H　　年　　月　　日（　　歳）

住所：〒

TEL：自宅　　　　　　　　　/携帯

* 当日にご連絡がつくように携帯電話もご記入お願いします。

①検査内容　　項目チェックください。

　□上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）　※主に午前（経口　・　経鼻　・　どちらでも）

　　　□心窩部痛・胸焼け・腹部不快感　□バリウムで異常指摘　□胃炎フォロー　□腫瘍マーカー高値

　　　その他　具体的に：

　□大腸内視鏡検査（大腸カメラ）　※主に午後

□便潜血陽性　□排便時に鮮血(量：少ない、多い)　□大腸ポリープフォロー　□腫瘍マーカー高値

□便秘・下痢　□腹痛・腹部不快感

その他　具体的に：

　※鎮静希望（あり　・　なし）　　　鎮静ありの場合、車（本人運転）・自転車での来院不可。

②検査希望日（休診日：木曜・日曜日、　土曜日はAMのみ）

　第1希望日： 　　月　　　日（　）　　　　時頃〜

　第2希望日： 　　月　　　日（　）　　　　時頃〜

　第3希望日： 　　月　　　日（　）　　　　時頃〜

※大腸内視鏡を希望の方は、検査の３日前までに一度受診していただきます（検査前の注意事項のため）。

③抗血栓薬の有無　　□服用あり　　　□服用なし

* 内服されている抗血栓薬を全てチェックしてください。

□バイスピリン　□プラビックス　□タケルダ　□プレタール　□エパデール　□オパルモン

抗凝固薬：□ワーファリン（INR 　　(直近測定日：　年　月　日)）　□エリキュース

□プラザキサ　　□リクシアナ　　□イグザレルト　□その他（　　　　　　　　　　　　　）

➡️休薬　可（薬剤名［　　　　　　］を 月 日から内服中止）　　□休薬　不可

* 抗血栓薬1剤であれば、生検・日帰り大腸ポリープ切除は可能です。　抗血栓薬2剤以上 or 抗凝固薬内服していれば、生検・日帰り大腸ポリープ切除は施行しておりません。

※透析中（腎不全）、肝硬変の方は、原則　観察のみとしています。

FAXを頂けましたら直ぐに当院スタッフから貴院へ確認のご連絡をさせていただきます。（休診日に頂いたFAXは、翌日朝に返答いたします。）　当日検査（胃カメラ）依頼や不明な点は、お電話ください。