

診療情報提供書（消化器内視鏡検査依頼票）

令和 年 月 日

姫路赤十字病院	医療機関
診療科	所在地
医師 先生	電話番号 FAX
	診療科 医師 印

フリガナ			生年月日	来院方法
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男性	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす
	<input type="checkbox"/> 女性			<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車
住 所	〒 ①自宅電話番号： ②連絡先[携帯・その他()]：			
紹介検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査 生検希望 (<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし)			
傷病名 主 訴		既往歴 (家族歴)		
紹介内容	<input type="checkbox"/> 定期的な内視鏡検査依頼 <input type="checkbox"/> 腹部症状 () <input type="checkbox"/> 便通異常 (排便回数 日に 回程度) <input type="checkbox"/> 健診異常 () <input type="checkbox"/> 貧血進行 (Hb g/dl) <input type="checkbox"/> その他 ()			
内視鏡 希望日	<input type="checkbox"/> 2週間以内の施行ならいつでもよい <input type="checkbox"/> 希望有り 第一希望 月 日 第二希望 月 日			
抗血栓薬 内服状況	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 単剤 <input type="checkbox"/> 2剤以上 (原則として生検できません)			
	<input type="checkbox"/> 抗血小板剤 (<input type="checkbox"/> アスピリン製剤 <input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> その他)			
	<input type="checkbox"/> ワーファリン (生検希望ある場合は内視鏡1週間以内のPT採血結果持参必要です) <input type="checkbox"/> DOAC : <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> リクシアナ <input type="checkbox"/> エリキュース <input type="checkbox"/> イグザレルト (生検希望の場合は当日朝のみ休薬して来院ください)			
患者に関する留意事項				
☆ご注意ください☆				
<p>○大腸内視鏡前の便通コントロールをよろしくお願いいたします。</p> <p>○器質的な通過障害が疑われる症例や、既知の病変の精査や加療をご希望の場合は、まずは内科外来をご紹介ください。</p> <p>○患者さんへの病理検査結果説明をお願いさせていただくことがあります。</p> <p>○ワーファリン単剤内服下での生検は、PT-INRが治療域であれば可能ですので、内視鏡1週間以内のPT採血をお願いします。抗血栓薬を2剤以上内服されている患者さんは原則生検できません。</p> <p>○緊急内視鏡が必要な症例は当日でも内科外来へご紹介をお願いいたします。</p>				

姫路赤十字病院 地域医療連携課 FAX : 079-299-5519

2020年8月改訂版