

# 内視鏡検査申込書

関西電力病院 地域医療連携室 行

TEL(06)7501-1406(直通)

FAX(06)6458-0347(直通)

年 月 日

<b>受診科</b>	<b>消化器内科</b>	紹介元医療機関 (住所) (電話・FAX) (医師名)	
------------	--------------	--------------------------------------	--

**【検査内容】** \*いずれかに○をお願いします。

**上部内視鏡 ・ 下部内視鏡**

(鎮静剤希望 あり ・ なし)

**【紹介目的】** \*病名・検査目的

下部内視鏡は原則、75歳未満の方でADLが自立している方を対象に外来での検査となります。ポリープ切除を行った場合はご入院いただくこともあります。**前日分の下剤をご処方下さい(便秘なら数日分)。**

[ ]

**【既往症】** \*特に心血管系や脳梗塞、腹部手術や腸閉塞などの既往は詳しくご記入下さい。

[ ]

(高血圧や不整脈などの場合、検査当日も休薬せずに来院されることを原則とします)

**【問診】**

○薬剤アレルギー <あり ・ なし> 薬剤名 ( ) 症状 ( )

○キシロカインアレルギー <あり ・ なし>

○感染症の有無 (分かる範囲でお願いします)

B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他 ( ) ・ 不明

○血糖降下剤 (内服・注射) の投薬 <あり ・ なし>

\*「あり」の場合、内視鏡検査当日には朝から休薬指示をお願いします。

\*休薬不可能な場合は外来受診をお願いします。

○抗血栓薬の内服の有無

①抗血小板薬 (バイアスピリン・プレタール・エパデールなど) <あり・なし> 薬剤名 ( )

②抗凝固薬 (ワーファリン・プラザキサなど) <あり・なし> 薬剤名 ( )

\* ワーファリン投薬中の場合 PT-INR 値 ( ) 最終測定日 ( )

\* 抗血栓剤 1 剤単独であれば内服のままの生検も可能です (ワーファリンはPT-INR 2 以下なら)。

ただし大腸ポリープ切除はバイアスピリン・プレタール単剤内服の方のみ (それ以外は不可)。

\* 2 剤以上内服の患者さまは、上部・下部とも内視鏡観察のみいたします (生検も原則不可)。

③休薬の有無 <休薬する ・ 休薬しない> 休薬期間と薬剤 ( )

\* 休薬する場合は患者さまに休薬による血栓リスクについてご説明をお願いします。

○次の疾病がありますか？あれば○をお願いします。

緑内障 ・ 高血圧 ・ 心疾患 (不整脈も含む) ・ 前立腺肥大

○妊娠の有無 (女性の方のみ) <あり ・ なし ・ 可能性あり>

**希望年月日： 年 月 日 ( )**

**当院での受診歴 【 有 ・ 無 】**

患者氏名	(フリガナ)	男 女	(生年月日) 大・昭・平・令 年 月 日 (才)
住所・TEL	〒	TEL	
保険情報	記号・番号		公費負担
	保険者番号		