

# 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 <input type="checkbox"/> 女性	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <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( )]:			
紹介目的	<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 (下部内視鏡のみの場合は、前投薬の処方をお願いします)			
	生検希望 ( <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし )			
	☆外来での生検や大腸ポリープ切除術について 抗凝固薬の内服、病変の状態、当院から自宅までの距離、ADL等によって生検や切除ができないことがあります。病変がすでに指摘されており、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。 また、患者様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。			
傷病名 主 訴		既往歴 (家族歴)		
抗血栓薬 について	継続中の抗血栓薬についてご記載ください <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"/> 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休薬にて来院ください) <input type="checkbox"/> その他の抗血栓薬 ( )			
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			
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) その他の症状・所見・特記事項			
処 方				
患者に関する留意事項				

姫路赤十字病院 地域医療連携課 FAX : 079-299-5519