|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FAX→連携室  **上部消化管内視鏡検査依頼票（診療情報提供書）**  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 内視鏡検査担当　医師 | | | | | | | 住所 | | |  | | |
|  | | | | | | | 病院  施設名 | | |  | | |
| **希望日** | ①　　　　月　　　　日（　　　　　曜日）  ②　　　　月　　　　日（　　　　　曜日） | | | | | | 医師名 | | |  | | |
|  |  | | | | | | TEL | | | | FAX | |
| **※鎮静剤を使用しての検査をご希望の場合は、**  **消化器内科にご紹介下さい。** | | | | | | | **西尾市民病院**  **（ID　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | |
| フリガナ |  | | | 性　別 | | 年齢 | 生　年　月　日 | | | | | |
| 受診者名 |  | | | 男・女 | |  | 大　　昭　　平　　令　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | 自宅： | | | | |
|  |  | | | | | | | 携帯： | | | | |
| **＜臨床情報＞　　依頼目的・主訴・既往歴・経過などできるだけ詳細にお願いします。　　　別紙にても可**  **既往歴( 無 　・　有 )** | | | | | | | | | | | | |
| **※　検査を安全に行うため事前にチェックをお願いします。** | | | | | | | | | | | | |
| 施行方法 | | 経口 | 経鼻 | |  | | | |  | | |  |
| 心疾患 | | なし | あり | |  | | | |  | | |  |
| 不整脈 | | なし | あり | |  | | | |  | | |  |
| 緑内障 | | なし  経鼻内視鏡をする際に、抗血小板剤・抗凝固薬の内服している方は鼻出血のリスクが高いため、経口内視鏡（鎮静にて）を行うことをお勧めします。 | あり | |  | | | |  | | |  |
| 薬物アレルギー | | なし | あり | | アルコール | | | | キシロカイン | | | その他（　　　　） |
| 抗血小板剤・抗凝固薬 | | なし | あり | |  | | | |  | | |  |
| 抗血小板剤・抗凝固薬ありの場合 | | 休薬可能　　**別紙**にそって事前に休薬を願いします。  　休薬不能　　検査当日は観察のみで、生検が必要な際は後日再検となる可能性があります。  **（他院処方もご確認下さい）** | | | | | | | | | | |
| 前立腺肥大 | | なし | あり | |  | | | |  | | |  |
| 女性の方 | | 妊娠中 | 授乳中 | | いずれもなし | | | |  | | |  |

**西尾市民病院　地域医療連携室　TEL0563-56-3362.・0563-56-8234　FAX0563-56-3354**