|  |
| --- |
| 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**