

# 上部消化管造影検査 & 内視鏡検査依頼書 （神戸掖済会病院 紹介用）

医療機関名

紹介医師名

患 者	(フリガナ) 氏名	様 男・女	神戸掖済会病院受診歴 1. 有 (ID _____) 2. 無	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)	職業	
	住所	〒 _____ ☎自宅 ( ) - 連絡先 ( ) -		

検査希望日： 第一希望 月 日 第二希望 月 日

希望に添えない場合に、どうしても都合の悪い日 月 日

主 保 険	保険番号	記号・番号		1. 本人
				2. 家族
併用保険	負担者番号	受給者番号	種 別	1. 有
				2. 無

検査の種類：  X線造影（食道、胃、十二指腸）

内視鏡検査（食道、胃、十二指腸）

病名ないし疑い診断：

感染症の有無      HBs抗原（+、-、未検査）      HCV（+、-、未検査）

(出来れば記入)      Wa-R      (+、-、未検査)      その他の感染症 \_\_\_\_\_

前回検査の有無       な し       あ り      (      年      月)

主治医へのお願い

検査前にブスコパンを注射しますので、下記に疾患をお持ちの場合はチェックをお願いします。

緑内障       心疾患       前立腺肥大症       薬物アレルギー

## 抗血栓剤の調整表

経口GIF・経鼻GIF（低出血リスクの検査で必要時は生検希望の場合）

<input type="checkbox"/> <b>ワーファリンのみ服用中</b>
<p style="margin-left: 20px;">以下のいずれかを選択してください。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 検査1W以内のINR2.5以下を確認</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 依頼医責任下で生検希望</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ヘパリン置換を施行（入院）</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 上記を満たせず生検不要</p>
<input type="checkbox"/> <b>ワーファリンと抗血小板薬（アスピリン・プラビックス・パナルジン・プレタール）を併用して服用中</b>
<p style="margin-left: 20px;">① ※ワーファリンについては以下のいずれかを選択してください。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 検査1W以内のINR2.5以下を確認</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ヘパリン置換を施行（入院）</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 依頼医責任下で生検希望</p> <p style="margin-left: 20px;">② ※アスピリン・プラビックス・パナルジンは、検査日を含む7日前よりプレタールに5日間置換して下さい。</p> <p style="margin-left: 20px;">※検査前日・当日はプレタールの内服を中止する。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 上記を満たせず生検不要</p> <p style="margin-left: 20px;">※ 上記①+②以外の抗血栓剤の調整を希望される先生は以下を選択</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 全ての薬を依頼医責任下で調整</p>
<input type="checkbox"/> <b>プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナのいずれかを服用中</b>
<p style="margin-left: 20px;">※ プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナは前日の朝から内服を中止する。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2日間の休薬に同意して進む</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 依頼医責任下で生検希望</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 上記を満たせず生検不要</p>
<input type="checkbox"/> <b>抗血小板薬（アスピリン・プラビックス・パナルジン・プレタール）のみ服用中</b>
<p style="margin-left: 20px;">※ アスピリン・プラビックス・パナルジンは、検査日を含む7日前よりプレタールに5日間置換して下さい。</p> <p style="margin-left: 20px;">※ 検査前日・当日はプレタールの内服を中止する。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> プレタール置換に同意して進む</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 依頼医責任下で生検希望</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 上記を満たせず生検不要</p>
<input type="checkbox"/> <b>プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナのいずれかと抗血小板薬（アスピリン・プラビックス・パナルジン・プレタール）を併用して服用中</b>
<p style="margin-left: 20px;">※ プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナは前日の朝から内服を中止する。</p> <p style="margin-left: 20px;">※ アスピリン・プラビックス・パナルジンは、検査日を含む7日前よりプレタールに5日間置換して下さい。</p> <p style="margin-left: 20px;">※ 検査前日・当日はプレタールの内服を中止する。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 休薬と置換に同意して進む</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 依頼医責任下で生検希望</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 上記を満たせず生検不要</p>

服薬はありません