

上部消化管造影検査&内視鏡検査検査依頼書

(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 有 (ID.) 無	
	生年月日	年 月 日生 (歳)	職業		
住所	〒				
	☎ ()	—	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

検査希望日: 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:

★ 生検をした際、後日当院での検査結果報告を希望しますか？

希望する

(2~3週間後に外来予約を入れます)

希望しない

(2週間ほどで結果を郵送します)

感染症の有無 (出来れば記入) HBs抗原 (+、-、未検査) HCV (+、-、未検査)
WA-R (+、-、未検査) その他感染症 _____

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

申し込み先: 神戸掖済会病院 地域医療連携室

TEL 078-781-1411

FAX 078-781-7300

内視鏡に伴う抗血栓薬チェック表

内視鏡での処置、血栓塞栓症のリスク、使用薬剤のチェックをお願いします。

処置	<input type="checkbox"/> 観察のみ
	<input type="checkbox"/> 生検

血栓リスク	<input type="checkbox"/> 低血栓リスク状態 下記「高血栓リスク状態」以外	
	<input type="checkbox"/> 高血栓リスク状態 【抗血小板関連】 冠動脈ステント(2か月以内) 薬剤溶出ステント(12か月以内) 脳血行再建術(頸動脈内膜剥離術、ステント留置)2か月 主冠動脈に50%以上の狭窄を脳梗塞又は一過性脳虚血発作 最近発症した虚血性脳卒中又は一過性脳虚血発作 閉塞性動脈硬化症でFontaine3度(安静時疼痛)以上 頸動脈エコー、頭頸部MRIで休薬の危険が高いと判断される所見 を有する	【抗凝固薬関連】 心原性脳塞栓症の既往 弁膜症を合併する心房細動 弁膜症を合併していないが脳卒中高リスクの心房細動 僧帽弁の期会弁置換術後 機械弁置換術後の血栓塞栓症の既往 人工弁設置 抗リン脂質抗体症候群 深部静脈血栓症、肺塞栓症 ※抗凝固中の症例は全例高リスク群として対応することが望ましい

抗血小板薬	アスピリン	<input type="checkbox"/> バイアスピリン
		<input type="checkbox"/> バップアリン
		<input type="checkbox"/> タケルダ
		<input type="checkbox"/>
	チエノピリジン系	<input type="checkbox"/> プラビックス
		<input type="checkbox"/> コンプラビン
		<input type="checkbox"/> エフィエント
		<input type="checkbox"/> パナルジン
	その他の抗血小板薬	<input type="checkbox"/> プレタール
		<input type="checkbox"/> アンプラーグ
		<input type="checkbox"/> プロレナール
		<input type="checkbox"/> ドルナー
		<input type="checkbox"/> エパデール
		<input type="checkbox"/> ロトリガ
		<input type="checkbox"/> コメリアン
		<input type="checkbox"/> ロコルナール
		<input type="checkbox"/> ペルサンチン
		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		

抗凝固薬	クマリン系薬	<input type="checkbox"/> ワーファリン
	トロンビン阻害剤	<input type="checkbox"/> プラザキサ
		<input type="checkbox"/>
	Xa阻害剤	<input type="checkbox"/> イグザレルト
		<input type="checkbox"/> エリキュース
		<input type="checkbox"/> リクシアナ
		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		

脳梗塞薬	脳循環・代謝賦活剤	<input type="checkbox"/> ケタス
		<input type="checkbox"/> セロクラール
		<input type="checkbox"/>