

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 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

希望種別: ☐ 鎮静下経口内視鏡検査
 * 鎮静下経口内視鏡検査を希望される場合は鎮静剤投与同意書と付き添いの方の同伴が必要です
☐ 経鼻内視鏡検査

病名ないし疑い診断:

★生検をした後、後日当院での検査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

- ☐ 観察のみ
- ☐ 生検

血栓リスク

☐ 低血栓リスク状態

下記「高血栓リスク状態」以外

☐ 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

- ☐ バイアスピリン
- ☐ バップアリン
- ☐ タケルダ
- ☐

チエノピリジン系

- ☐ プラビックス
- ☐ コンプラビン
- ☐ エフィエント
- ☐ パナルジン
- ☐

その他の抗血小板薬

- ☐ プレタール
- ☐ アンプラーグ
- ☐ プロレナール
- ☐ ドルナー
- ☐ エパデール
- ☐ ロトリガ
- ☐ コメリアン
- ☐ ロコルナール
- ☐ ペルサンチン
- ☐
- ☐

抗凝固薬

ワリリン系薬

- ☐ ワーファリン

トロンビン阻害剤

- ☐ プラザキサ
- ☐

Xa阻害剤

- ☐ イグザレルト
- ☐ エリキュース
- ☐ リクシアナ
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

脳梗塞薬

脳循環・代謝賦活剤

- ☐ ケタス
- ☐ セロクラール
- ☐