

診療情報提供書 (内視鏡)

予約電話番号 : 03-3261-0488

F A X 番号 : 03-3261-0407

紹介先  四谷メディカルキューブ

予約日	年	月	日	来院時間	時	分
-----	---	---	---	------	---	---

※検査予約日時はお電話にてご確認ください。

フリガナ			住所		
患者氏名	様	□ 男 □ 女			
生年月日	年	月	日()才	電話番号	

検査種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 健診目的 (自費) <small>※生検を実施した場合は、生検部分が保険診療となります。 また、ポリペク等の治療に移行した際は、検査より全て保険診療となります。</small>																														
依頼内容	<input type="checkbox"/> 上部消化管(胃)内視鏡検査	YMCでの結果説明 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																													
	<input type="checkbox"/> 下部消化管(大腸)内視鏡検査	YMCでの結果説明 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																													
検査目的・症状など																															
既往症・治療中の疾患など	※投与中の薬剤 [] ※1年以内の感染症の検査結果がありましたら、当日ご持参ください																														
事前説明の確認について	<input type="checkbox"/> 食事制限について																														
	<input type="checkbox"/> 生検・ポリペク治療後の行動制限について																														
抗血栓薬の服用	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無																														
抗血栓薬の休薬について	下部内視鏡検査について生検およびポリペク等を行う場合、「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン(追補2017)」の通り、内服継続または休薬に関してご確認ください、必要に応じて休薬の指示をお願いします。 以下、該当する項目にチェックをご記載ください。																														
	・生検時の休薬について <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td>1. ワーファリン</td> <td>当日休薬(1週間以内のPT-INR<3)</td> <td><input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可</td> </tr> <tr> <td>2. DOAC (ブラザキサ・エリキュース・イグザレルト・リクシアナ)</td> <td>当日延薬</td> <td><input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可</td> </tr> <tr> <td>3. 2剤併用の場合 (以下休薬をしていただき生検までの検査となります)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>アスピリン+チエピリジン系</td> <td>チエピリジン系 5日前より休薬</td> <td><input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可</td> </tr> <tr> <td>アスピリン+チエピリジン系以外</td> <td>チエピリジン系以外当日休薬</td> <td><input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可</td> </tr> <tr> <td>チエピリジン系+チエピリジン系以外</td> <td>チエピリジン系以外当日休薬</td> <td><input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可</td> </tr> </table> ・治療(EMR、ポリペクトミー)時の休薬について <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td>1. DOAC (ブラザキサ・エリキュース・イグザレルト・リクシアナ)</td> <td>当日休薬</td> <td><input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可</td> </tr> <tr> <td>2. チカグレロル (プリリタ)</td> <td>5日前より休薬</td> <td><input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可</td> </tr> <tr> <td>3. チエピリジン (エフィエント・ブラビックス・パナルジン・クロピトグレル)</td> <td>5日前より休薬</td> <td><input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可</td> </tr> <tr> <td>4. チエピリジン系以外 (エパデールS・エパデール・ロトリガ・プレタル・コムリアンコーワ・ロコルナール・ベルサンチン・ベルサンチンL・アンギナール・ドルナー・プロサイリン・オパルモン・プロレナール・リマプロストアルファデクス)</td> <td>当日休薬</td> <td><input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可</td> </tr> </table>		1. ワーファリン	当日休薬(1週間以内のPT-INR<3)	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可	2. DOAC (ブラザキサ・エリキュース・イグザレルト・リクシアナ)	当日延薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可	3. 2剤併用の場合 (以下休薬をしていただき生検までの検査となります)			アスピリン+チエピリジン系	チエピリジン系 5日前より休薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可	アスピリン+チエピリジン系以外	チエピリジン系以外当日休薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可	チエピリジン系+チエピリジン系以外	チエピリジン系以外当日休薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可	1. DOAC (ブラザキサ・エリキュース・イグザレルト・リクシアナ)	当日休薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可	2. チカグレロル (プリリタ)	5日前より休薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可	3. チエピリジン (エフィエント・ブラビックス・パナルジン・クロピトグレル)	5日前より休薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可	4. チエピリジン系以外 (エパデールS・エパデール・ロトリガ・プレタル・コムリアンコーワ・ロコルナール・ベルサンチン・ベルサンチンL・アンギナール・ドルナー・プロサイリン・オパルモン・プロレナール・リマプロストアルファデクス)	当日休薬
1. ワーファリン	当日休薬(1週間以内のPT-INR<3)	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可																													
2. DOAC (ブラザキサ・エリキュース・イグザレルト・リクシアナ)	当日延薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可																													
3. 2剤併用の場合 (以下休薬をしていただき生検までの検査となります)																															
アスピリン+チエピリジン系	チエピリジン系 5日前より休薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可																													
アスピリン+チエピリジン系以外	チエピリジン系以外当日休薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可																													
チエピリジン系+チエピリジン系以外	チエピリジン系以外当日休薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可																													
1. DOAC (ブラザキサ・エリキュース・イグザレルト・リクシアナ)	当日休薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可																													
2. チカグレロル (プリリタ)	5日前より休薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可																													
3. チエピリジン (エフィエント・ブラビックス・パナルジン・クロピトグレル)	5日前より休薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可																													
4. チエピリジン系以外 (エパデールS・エパデール・ロトリガ・プレタル・コムリアンコーワ・ロコルナール・ベルサンチン・ベルサンチンL・アンギナール・ドルナー・プロサイリン・オパルモン・プロレナール・リマプロストアルファデクス)	当日休薬	<input type="checkbox"/> 休薬指示済 / <input type="checkbox"/> 不可																													

紹介元医療機関 (所在地・名称・電話)	年	月	日
〒 -			
	診療科名		
	医師氏名		
TEL -			