

## 診療情報提供書

作成日： 年 月 日

患者氏名：

生年月日： 年 月 日 男・女

日中連絡のとれる電話番号

住所

紹介元医療機関名の所在地及び名称

電話番号： — —

診療科名

ご担当医師名

印

予約日時

□希望日

第一希望： 月 日( ) ( : )

第二希望： 月 日( ) ( : )

□確定日 月 日( ) ( : )

検査区分

□上部消化管内視鏡検査

□下部消化管内視鏡検査

経口(無痛)・経鼻

※希望する方に○してください。

経口：鎮静剤使用のため、車・バイク・

自転車でのご来院はご遠慮ください。

休止薬(内視鏡時には一定期間の中止が必要です。)

・プラビックス(クロピドグレル硫酸塩) ・コンプラミン配合錠 ・キャブピリン配合	7日前から休業
・バイアスピリン ・パファリン配合錠A ・ロトリガ(オメガ-3脂肪酸エチル)	3～5日前から休業
・タケルダ ・エパデール(イコサペント酸エチル) ・パナルジン ・エフィエント	2日前から休業
・ワーファリン(5日前から) ・プラザキサ(4日前から) ・エリキユース(3日前から)	1日前から休業
・プレタール(シロスタゾール) ・ベルサンテン ・イグザレルト ・リクシアナ	
・オパルモン(リマプロストアルファデクス錠・オパプロスモン)	
・プロレナール ・プロサイリン ・ドルナー ・アンブラーブ(サルボグレラート)	

傷病名・紹介目的

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

下記事項の確認をお願いします

●不整脈・心臓病はありますか？	□はい □いいえ
●甲状腺機能亢進症はありますか？	□はい □いいえ
●緑内障はありますか？	□はい □いいえ
●(男性の方)前立腺肥大はありますか？	□はい □いいえ
●糖尿病はありますか？	□はい □いいえ
●手術を受けたことがありますか？	□はい(胸部 腹部 帝王切開) □いいえ
●歯科の麻酔で気分が悪くなったことはありますか？	□はい □いいえ
●入れ歯はありますか？	□はい □いいえ
●お酒は飲みますか？	□はい(毎日 時々 ほとんど飲まない) (量： ) □いいえ
●現在血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？	□はい □いいえ
●現在、睡眠導入剤を飲んでいますか？	□はい(薬品名 ) □いいえ
●時計、指輪等の貴重品はご持参にならないようお願いします。	□はい □いいえ

TEL : 042-590-2266 / FAX : 042-590-2277