

# 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 ・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) ・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	7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) ・エリキュース(3日前から)	3～5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	2日前から休業
・オパルモン(リマプロスタアルファデクス錠・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)	1日前から休業

## 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●甲状腺機能亢進症はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●緑内障はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●(男性の方)前立腺肥大はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●糖尿病はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい(胸部 腹部 帝王切開) <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●入れ歯はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●お酒は飲みますか？	<input type="checkbox"/> はい(毎日 時々 ほとんど飲まない) (量： ) <input type="checkbox"/> いいえ
●現在血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●現在、睡眠導入剤を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい(薬品名 ) <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

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