

上部消化管内視鏡依頼箋（診療情報提供書）

紹介元医療機関名

医師名

検査日 年 月 日 () : ~

ふりがな 患者氏名	性別 男性・女性
住所 〒	
電話番号	生年月日 明・大・昭・平・西暦 年 月 日
臨床診断及び疾患名	
臨床経過・検査目的	現在の処方 既往歴 □狭心症 □緑内障 □前立腺肥大 薬剤アレルギー

■どちらかに○をお願いします

*鎮痙剤=□ グルカゴン / □ ブスコパン

*生 検=□ 可 (□内服なし □1剤のみ □2剤以上→1剤に減量)

□ 不可 (2剤以上→内服継続)

■中止すべき薬剤 (□にレ点をお願いします)

- | | | | |
|------------------------------------|-------|-------|----------------|
| *ワーファリン | □服用なし | □服用継続 | □3日前より中止した |
| *バファリン・アスピリン・バイアスピリン | □服用なし | □服用継続 | □3~5日前より中止した |
| *パナルジン・パナピジン・ニチステート・チクピロン | □服用なし | □服用継続 | □5~7日前より中止した |
| *プラビックス | □服用なし | □服用継続 | □5~7日前より中止した |
| *プレタル・シロステート・グロント・シロスタゾール | □服用なし | □服用継続 | □1日前より中止した |
| *エパデル・エパロース・エパンド | □服用なし | □服用継続 | □1日前より中止した |
| *プロサイリン・プロルナー・ベルラー・ドルナー | □服用なし | □服用継続 | □1日前より中止した |
| *オパルモン・プロレナル・オパプロスモン・リマプロストアルファデクス | □服用なし | □服用継続 | □1日前より中止した |
| *ペルサンチン・アンギナール | □服用なし | □服用継続 | □1日前より中止した |
| *コメリアンコーワ | □服用なし | □服用継続 | □1日前より中止した |
| *アンブラグ・サルボグレラート | □服用なし | □服用継続 | □1日前より中止した |
| *カルナコール・ロコナール | □服用なし | □服用継続 | □1日前より中止した |
| *プラザキサ | □服用なし | □服用継続 | □1日前より中止した |
| *イグザレルト | □服用なし | □服用継続 | □1日前より中止した |
| *その他 | □服用なし | □服用継続 | □ () 日前より中止した |

た

■画像提供方法 (○をお願いします)

() CD-R (□当日手渡し・□所見と一緒に郵送) / () 写真 (紙媒体)