

内視鏡検査依頼書

貴院のお名前： _____ 様 主治医先生： _____ 先生

患者氏名： _____ 様 男・女

生年月日： M・T・S・H 年 月 日 (歳)

ご住所： 〒 _____

TEL： ご自宅 / 携帯

もし可能でしたら当日ご連絡がつくよう携帯電話番号もご記入お願いいたします。

【ご依頼いただける検査】

FAX : 0743 (85) 5499

上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ)

経口内視鏡検査 経鼻内視鏡検査

セデーション (眠り薬) のご希望 (有 ・ 無)

セデーションでの検査後、当日中はお車・自転車の運転をして頂けません。ご希望される方はお車・自転車を運転しての来院はご遠慮下さい。

下部消化管内視鏡検査 (大腸カメラ)

※大腸カメラは事前診察と下剤服用の説明が必要となります。事前診察日のご予約をいただき、当院での診察後に内視鏡検査日を決定させていただきます。セデーションも可能です。

腹部超音波検査 (腹部エコー) 内視鏡検査と同時に受けて頂けます。

【ご依頼の内容】

胃痛・心窩部不快感などの症状精査 腫瘍マーカー上昇の精査 便潜血陽性
その他具体的にございましたらご記入をお願いします

【ご希望の胃カメラ検査日・大腸カメラ事前診察日】

第1希望： ____月 ____日 () 曜日 ____時頃～

第2希望： ____月 ____日 () 曜日 ____時頃～

※胃カメラは月～土の8時から15時で行っております。ご希望がございましたら17時から19時の時間帯でも対応させていただきます。

※大腸カメラ検査前診察は受付時間帯9時から12時、17時から20時でお願い致します。

2枚目に続きます

【絶食・中止薬剤について】

□絶食期間

早朝の胃カメラをご希望される方は、朝食を絶食として下さい。

午後からの胃カメラをご希望される方は、朝食はパン1個+ジュース程度の軽めの食事、昼は絶食としてください。水分は検査1時間前まで摂取頂いて問題ありません。

□内服薬について

降圧薬を内服されている方は午前7時までには内服して下さい。その他のお薬は検査終了後に内服して頂きます。

□血糖降下剤

糖尿病で血糖降下剤・インスリンを使用されている患者様は、午前の検査をご選択いただき、朝の血糖降下剤・インスリンを休薬して下さい。

□抗血栓薬について

バイアスピリン・プラビックス・プレタールなどの抗血小板薬、ワーファリン・プラザキサ・イグザレルト・エリキュースなどの抗凝固薬は単剤であれば胃カメラ・生検が可能です。2剤以上併用の場合は観察のみとなりますが、内視鏡所見から病変の質的診断はある程度可能です。ワーファリンを服用されている方で、直近のPT-INR値がお判りになればご記入をお願い致します。PT-INR_____（平成____年____月____日）

FAXを頂きましたら直ぐに当院スタッフより貴院へ確認のご連絡をさせていただきます。

ご不明な点がございましたら、お手数ですが直接お電話でお問い合わせ下さい。

	月	火	水	木	金	土
8～9時	☆	☆	☆	☆	☆	☆
9～12時	○	○	○	○	○	○
12～16時	☆	☆	☆	☆	☆	☆
17～20時	○	○	○	—	○	—

☆：検査 ○：診察・検査
休診：日曜・祝日

〒639-1007

奈良県大和郡山市南郡山町 520-18

大和郡山マインド 21 2階

かくたに内科消化器内科 角谷 彰

TEL：0743-85-5477

FAX：0743-85-5499