

上部・下部消化管内視鏡検査依頼書 兼 診療情報提供書

社会医療法人社団 健生会 立川相互病院

紹介元医療機関名

内視鏡検査

住所:

□ 希望日

第一希望: 月 日() AMのみ

TEL:

第二希望: 月 日() AMのみ

FAX:

第三希望: 月 日() AMのみ

□ いつでもよい

依頼医師名:

印

予約日: 月 日() 時 分

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 女	大正 昭和 平成 年 月 日 歳
住所		TEL	- -

お申し込み検査

上部消化管内視鏡検査

経口 ・ 経鼻

下部消化管内視鏡検査

※希望する方に○してください。

確認事項 ※該当する□にチェックをお願いします。

同意書	<input type="checkbox"/> 説明・同意書作成済み
鎮痙剤	<input type="checkbox"/> ブスコパン<可> <input type="checkbox"/> ブスコパン<禁>グルカゴン<可> <input type="checkbox"/> ブスコパン<禁>グルカゴン<禁>
洗腸剤	<input type="checkbox"/> ニフレック<可> <input type="checkbox"/> ニフレック<禁>またはそれに変わる指示 <input type="checkbox"/> モビプレップ<可> <input type="checkbox"/> モビプレップ<禁>またはそれに変わる指示
麻酔	<input type="checkbox"/> キシロカイン使用<可> <input type="checkbox"/> キシロカイン使用<禁>
抗凝固剤・抗血小板薬	<input type="checkbox"/> 抗凝固剤・抗血小板薬 内服なし <input type="checkbox"/> 抗凝固剤・抗血小板薬 内服あり → 中止 (中止薬:) <input type="checkbox"/> 抗凝固剤・抗血小板薬 内服中 → 生検可 (内服薬:) <input type="checkbox"/> 抗凝固剤・抗血小板薬 内服中 → 生検禁

検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> スクリーニング	病名	
臨床診断・症状・経過			

抗凝固剤・抗血栓薬の対応 (2018/2/1より)

1 「上部消化管内視鏡」休薬の必要はありません。「生検禁」の指示がない場合は原則生検を行います。

●糖尿病のある方 血糖降下剤の内服や、インスリンは原則中止です。

●その他の内服は当日起床時に早めに内服して下さい。

※ただし以下の抗血栓薬は検査終了後、1時間後に内服して下さい。(プラザキサ、イグザレルト、エリキュース、リクシアナなどのDOAC)

2 「下部消化管内視鏡」以下の様に薬剤毎の対応が必要です。

●糖尿病のある方 血糖降下剤の内服や、インスリンは原則中止です。

●バファリン、バイアスピリンは中止の必要はありません。

●ブラビックス、チクピロン、パナルジンは7日前からアスピリン(バファリン、バイアスピリン)に変更します。

ブラビックス、チクピロン、パナルジンとアスピリン(バファリン、バイアスピリン)の2剤併用の方は、アスピリンのみを服用になります。

●エパデル(メルブラール)プロレナール、オパルモン(オパプロスモン)(リマプロストアルファデクス)(リマルモン)、ドルナー(ペラプロストNa)、プロドナー、プレタール(シロスタゾール)、ホルタゾール、ペルサンチン(アンギナール)、ルーカス、アンブラーグは前日から中止して下さい。

●ワーファリンは継続して服用頂き検査当日の血液検査を行います。

●プラザキサ、イグザレルト、エリキュース→当日の朝から中止となります。