

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:

予約日時

TEL:

FAX:

月 日 () :

依頼医師名:

印

患者ID					
フリガナ					
氏名		<input type="checkbox"/> 男	生年月日		
		<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>
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>	
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"/> サルプレップ<可>	<input type="checkbox"/> サルプレップ<禁>またはそれに変わる指示	
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	内服薬:	
	<input type="checkbox"/> 抗凝固剤・抗血小板薬 内服中 → 生検可		
	<input type="checkbox"/> 抗凝固剤・抗血小板薬 内服中 → 生検禁		
特別指示	<input type="checkbox"/> 鎮静希望	<input type="checkbox"/> ニフレック自宅内服	<input type="checkbox"/> 特別指示 ()

検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> フォローアップ	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。(ブラザキサ、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。

●エパデール(メルブラール)プロレナル、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。

●ブラザキサ、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。