**上部消化管内視鏡検査依頼書**（診療情報提供書）

紹介先医療機関

安曇野赤十字病院　内視鏡担当医　宛

紹介元医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師

患者氏名 　　　　　 　　　　　 性別　男・女 生年月日　T・S・H・R　　　　　年　　　　月　　　　日

住所 電話番号

【検査目的】

□スクリーニング

□胃瘻交換（※当院初回の場合　キットの種類：　　　　　　　　　　　　　　キットのサイズ　 　 　 　　　　 ）

□その他　（目的：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【問診】患者さんに問診していただき記載をお願いします。

＊胃カメラの検査は □　初めて □　2回目以上

＊希望されるスコープ □ 経口内視鏡（通常） □ 経口内視鏡（経鼻用の細径）

 □ 経鼻内視鏡

 ※検査内容によっては必ずしも希望に添えないことがあります。

＊該当するところにチェックをお願いします。

ブスコパン使用 □可 □不可 □不明

グルカゴン使用 □可 □不可 □不明

生検 □可 □不可 □不明

鎮静希望 □あり □なし（**※鎮静の際は終日ご本人による車の運転は禁止です。）**

タトゥー □あり □なし □不明

抗血小板薬・抗凝固薬の内服 □あり 薬剤名（ 　　　　　　）

 □なし　 □不明

糖尿病薬の内服や注射 □あり

 □なし　 □不明

【特記事項】注意事項や要望などございましたらご記載をお願いします。

2023/07改訂

安曇野赤十字病院 地域医療連携課**0263-72-9349へＦＡＸ送信をお願いします**。