

年 月 日

**上部消化管内視鏡(食道・胃・十二指腸)地域連携パス/診療情報提供書**

検査を円滑にすすめるため、以下の事項をご記入・ご確認ください(口はチェックして下さい)。  
このパスは、町田市民病院内視鏡室への紹介状を兼ねますので、別の紹介状の添付は不要です。

貴院名		御担当医名																									
患者氏名	年齢	歳	性別 男性 ・ 女性																								
生年月日	M T S H R 西暦	年	月 日																								
検査目的(症状)																											
既往歴																											
現病歴																											
投薬内容																											
抗血栓薬	<input type="checkbox"/> 通常、抗血栓薬は服用していない <input type="checkbox"/> 通常、抗血栓薬を服用している → <input type="checkbox"/> 抗血小板薬1剤 (継続しても生検は可能です) → <input type="checkbox"/> ワーファリン1剤 (PT-INRが2.5未満なら継続しても生検は可能です) → <input type="checkbox"/> ワーファリン以外の抗凝固薬1剤 (継続しても生検は可能です) → <input type="checkbox"/> 2剤以上服用, すべて継続 (生検の可否は状況により判断します) → <input type="checkbox"/> 2剤以上服用, ( )を( )日前から中止 (生検は可能です)  * 生検が必要だが、状況により不可であった場合、返書に記載いたします。 通常服用している抗血栓薬の種類をチェックしてください 抗血小板薬(( )は休薬する場合の日数です) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> バイアスピリン</td> <td><input type="checkbox"/> プレタール(1)</td> <td><input type="checkbox"/> アンギナール(1)</td> <td><input type="checkbox"/> ワーファリン</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ハファリン</td> <td><input type="checkbox"/> エパテール(1)</td> <td><input type="checkbox"/> ドルナー(1)</td> <td><input type="checkbox"/> プラザキサ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> プラビックス(5-7)</td> <td><input type="checkbox"/> ペルサンチン(1)</td> <td><input type="checkbox"/> コリアン(1)</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> パナルジン(5-7)</td> <td><input type="checkbox"/> プロサイリン(1)</td> <td><input type="checkbox"/> プロレナール(1)</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> アンブラーグ(1)</td> <td><input type="checkbox"/> サオアミン(1)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> オパルモン(1)</td> <td><input type="checkbox"/> その他( )</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> バイアスピリン	<input type="checkbox"/> プレタール(1)	<input type="checkbox"/> アンギナール(1)	<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> ハファリン	<input type="checkbox"/> エパテール(1)	<input type="checkbox"/> ドルナー(1)	<input type="checkbox"/> プラザキサ	<input type="checkbox"/> プラビックス(5-7)	<input type="checkbox"/> ペルサンチン(1)	<input type="checkbox"/> コリアン(1)	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> パナルジン(5-7)	<input type="checkbox"/> プロサイリン(1)	<input type="checkbox"/> プロレナール(1)	( )		<input type="checkbox"/> アンブラーグ(1)	<input type="checkbox"/> サオアミン(1)			<input type="checkbox"/> オパルモン(1)	<input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> バイアスピリン	<input type="checkbox"/> プレタール(1)	<input type="checkbox"/> アンギナール(1)	<input type="checkbox"/> ワーファリン																								
<input type="checkbox"/> ハファリン	<input type="checkbox"/> エパテール(1)	<input type="checkbox"/> ドルナー(1)	<input type="checkbox"/> プラザキサ																								
<input type="checkbox"/> プラビックス(5-7)	<input type="checkbox"/> ペルサンチン(1)	<input type="checkbox"/> コリアン(1)	<input type="checkbox"/> その他																								
<input type="checkbox"/> パナルジン(5-7)	<input type="checkbox"/> プロサイリン(1)	<input type="checkbox"/> プロレナール(1)	( )																								
	<input type="checkbox"/> アンブラーグ(1)	<input type="checkbox"/> サオアミン(1)																									
	<input type="checkbox"/> オパルモン(1)	<input type="checkbox"/> その他( )																									
希望する内視鏡	<input type="checkbox"/> 経口内視鏡(ハイビジョンによる高画質観察) <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡 (鼻出血のリスクがあるため検査前に当院で同意書をいただきます) ※経鼻内視鏡は、以下にあてはまる方は選択していただけません。 抗血栓薬服用中・鼻の手術歴がある 出血傾向がある(肝硬変・維持透析中・血液疾患 等) <input type="checkbox"/> 検査当日に当院で選択																										
鎮静剤の希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 当院で選択																										

\* 検査の結果は、終了後に返書として患者様にお渡しします。内視鏡担当医より今後の診察に対するコメントを記入します。  
\* 生検を行った場合は、病理結果をコメントを添えて、後日に郵送します。