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(□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 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	□ 通常、抗血栓薬は服用していない □ 通常、抗血栓薬を服用している → □ 内視鏡検査時もすべて継続 (生検はできません) → □ 抗血栓薬の一部を中止(生検はできません) 中止薬(　　)・(　　)日前より中止 継続薬(　　) → □ すべて中止・(　　)日前より 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 ((　)は標準的な休薬日数です。中止の場合、再開は当院で判断します。) □ワーファリン(4)　□エパデール(7)　□ドルナー(2) □バイアスピリン(7)　□ペルサンチン(2)　□コメリアン(1) □バファリン(7)　□アンギナール(2)　□プロレナール(1) □パナルジン(5)　□プロサイリン(2)　□サオアミン(2) □プレタール(3)　□アンプラーグ(1)　□その他(　　) □ブラビックス(7)　□オパルモン(1)
希望する内視鏡	□ 経口内視鏡(ハイビジョンによる高画質観察) □ 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) □ 検査当日に当院で選択
鎮静剤の希望	□ あり　□ なし　□ 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。