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 → □抗血小板薬1剤 （継続しても生検は可能です） → □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） → □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） → □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） → □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） 抗凝固薬 □ﾊﾞｲｱｽﾋﾟﾘﾝ □ﾌﾟﾚﾀｰﾙ(1) □ｱﾝｷﾞﾅｰﾙ(1) □ﾜｰﾌｧﾘﾝ □ﾊﾞﾌｧﾘﾝ □ｴﾊﾟﾃﾞｰﾙ(1) □ﾄﾞﾙﾅｰ(1) □ﾌﾟﾗｻﾞｷｻ □ﾌﾟﾗﾋﾞｯｸｽ(5-7) □ﾍﾟﾙｻﾝﾁﾝ(1) □ｺﾒﾘｱﾝ(1) □その他 □ﾊﾟﾅﾙｼﾞﾝ(5-7) □ﾌﾟﾛｻｲﾘﾝ(1) □ﾌﾟﾛﾚﾅｰﾙ(1) （ ） □ｱﾝﾌﾟﾗｰｸﾞ(1) □ｻｵｱﾐﾝ(1) □ｵﾊﾟﾙﾓﾝ(1) □その他（ ）
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。