

貴院名	様		先生
TEL	-	FAX	-
ふりがな	連 絡 先	①	-
患者氏名		②	-
		③	-
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
御住所	〒	検	第1希望： 月 日 ( ) :
		査	第2希望： 月 日 ( ) :
		日	第3希望： 月 日 ( ) :

基本的に鎮静下で検査を行います。運転での来院はお控えくださいますようお願いください。

【お申し込み検査】

- 上部消化器内視鏡検査** 月～土の9:00～12:00 月・火・水・金の17:00～18:15
  - ・ 早期癌診断の为生検を行うことをご理解戴き、血栓塞栓リスクが高い場合以外は下記休薬期間を設けていただければ幸いです。
- 大腸内視鏡検査** 月～土の9:30～10:30より前処置開始
  - ・ 日帰りでのポリープ切除も行っております。
  - ・ 検査前日の検査食などお渡しいただければ事前受診は不要です。詳しくはお問い合わせください。
  - ・ 高度便秘の方は事前受診を御願ひします。

【依頼内容】

- 腹痛 胸やけ 慢性胃炎フォロー 食道違和感 UGI異常
  - 便潜血陽性 大腸ポリープフォロー 血便精査 貧血精査 腫瘍マーカー高値
- 【詳細な検査目的、注意事項があればご記載ください】

【説明】

- 紹介元で説明かつ治療
  - にしやま消化器内科で説明のみを希望
  - にしやま消化器内科で説明および除菌治療など消化器疾患の治療を希望
- ※ 【送迎】 要 不要  
 クリニックまで送迎いたします

※確認事項

- 抗血栓薬の内服について（生検・ポリペク時には一定期間の休薬をお願いしております）
  - 内服無
  - 休薬不可（休薬不可の場合大腸内視鏡は観察のみとなることを御説明下さい）
  - 休薬指示済（薬剤名： 休薬 月 日～検査日）  
 （薬剤名： 休薬 月 日～検査日）

- ・ バイアスピリン（5日前～中止）
- ・ プラビックス（7日前～中止）
- ・ プレタール、エパデール、アンブラーグ、ドルナーなど上記以外抗血小板薬（1日前～中止）
- ・ ワーファリン（5日前～中止）
- ・ イグザレルト、リクシアナ（1日前～中止）
- ・ プラザキサ、エリキュース（0.5日前～中止（：前日夕から中止））
- ・ ご不明点があればHP・お電話でご確認ください

- PPIの服用について（上部消化管内視鏡の場合は記載してください）
  - 内服有（薬剤名： ) 内服無

☆FAXをいただきましたら、検査日を決定し、FAXの返信をさせていただきます

