送付先：FAX： 078-926-5410　　兵庫県立がんセンター　地域医療連携室　宛

上部内視鏡検査依頼用紙

送信日：　　年　　月　　日

貴施設名				診療科	
貴施設住所	〒　　-				
電話番号		FAX		医師名	

□ご紹介患者情報

フリガナ		性別	生年月日	年　　月　　日	
患者氏名		□男　□女			
患者住所	〒　　-		電話番号	自宅	
				携帯	
病名					
希望日	複数の候補日をお願いします				
鎮静希望	□無　□有				
受診歴	□診察券無し　□診察券有り				
検査目的	□スクリーニング □検診異常 □貧血精査 □黒色便 □上腹部痛・不快感 □腫瘍マーカー高値 □その他				

紹介、検査目的・既往歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・検査に対するご希望　等
こちらに書ききれない場合は、別途診療情報提供書の FAX をお願いします。

検査前確認事項		
抗血小板薬の有無	□無　□有	薬剤名　□継続　□休薬　　月　　日から
抗凝固薬の有無	□無　□有	薬剤名　□継続　□休薬　　月　　日から
その他の抗血栓薬の有無	□無　□有	薬剤名　□継続　□休薬　　月　　日から
付きそい	□無　□有	鎮静希望の場合は、可能な限り付き添いの方とご来院ください。
移動手段	□歩行　□車イス　□ストレッチャー　□その他（　　）	
	抗血栓薬は 1 剤であれば休薬の必要はありません。抗血栓薬を複数内服されている場合、可能な限り 1 剤にして下さい。病態から、必要であれば複数の抗血栓薬を継続されていても検査可能です。ワーファリン内服中の場合は、PT-INR で治療域であることを確認してください。	

●内視鏡検査画像 CD は当日患者さんにお渡しいたします（返却不要）。

お問い合せ先：兵庫県立がんセンター　地域医療連携室
TEL：078-929-1155（直通）　FAX：078-926-5410