

# 内視鏡検査予約依頼票

練馬光が丘病院 地域連携相談センター あて

年 月 日

対象検査	上部消化管内視鏡検査	紹介元医療機関名・所在地・TEL・FAX 診療科・医師名
検査日時	月 日 時 分頃	
受診日時 (必要時)	月 日 時 分頃	
フリガナ		
氏名		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	

## 【確認事項】

- ・抗血栓薬内服 無 有 薬剤名 ( )
- ・1ヵ月以内のPT - INR 無 有 検査値 ( )
- ・アレルギー 無 有 アレルギー名 ( )
- ・鎮静剤使用 希望する 希望しない

## 【結果説明】 結果説明は以下の中からお選びください

- 1  光が丘病院で説明

鎮静剤を使用しているため後日説明になります。検査予約時に、外来の予約をおとりします。  
検査結果は送付いたします。

- 2  ご紹介いただいた先生が説明

内視鏡検査結果は当日、生検結果は後日送付いたします。

- 3  その他（出来るだけご希望に沿うようにいたします）

( )

※検査結果は、所見用紙とお返事を送付いたします

## 【注意事項】

1. 同意書には、ご説明された先生のサインをお願いいたします。
2. 抗血栓薬は中止する必要はございませんが、生検は内視鏡担当医師の判断にご一任ください。
3. ワーファリン内服時については、1ヵ月以内のPT - INRが2,5以下の場合、生検を考慮いたします。PT - INR値が不明な場合は、生検はいたしませんので、ご了承ください。
4. 検査前日は、消化のよいものを普通にとり、夕食は、午後9時までにはすませ、アルコール類は控えてください。午後9時以降、検査までは少量の飲水のみにしてください。
5. 検査当日に中止する薬の指示をお願いいたします。
6. 検査当日は、お薬手帳を持参してください。
7. 検査当日は、車、バイク、自転車の運転は、1日出来ませんのでご了承ください。
8. 検査当日は、予約時間の30分前までにご来院ください。
9. 検査は予約制になっておりますので、ご都合の悪くなった方は、事前に当院地域連携相談センターへご連絡をお願いします。

公益社団法人地域医療振興協会 練馬光が丘病院 地域連携相談センター

【受付時間】 月曜～土曜：9時～17時

FAX：03-3979-3860（直通）TEL：03-3979-3611（代表）

平成29年7月作成【第2版】