

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		連絡先	御住所	
御担当医名			電話番号	FAX
患者氏名		年齢	歳	性別
生年月日	M T S H R 西暦		年	男性 ・ 女性
検査目的(症状)				
既往歴				
現病歴				
投薬内容	当日、お薬手帳をご持参いただくか、処方内容のコピーを添付する場合は記入は不要です。			
抗血栓薬	<input type="checkbox"/> 通常、抗血栓薬は服用していない <input type="checkbox"/> 通常、抗血栓薬を服用している 単剤での休薬は不要です。 複数の抗血栓薬を併用している場合や、ワーファリン内服中でPT-INRが2.7以上の場合は、生検の可否を当院で判断します。 <input type="checkbox"/> 抗血栓薬を継続している（薬剤名 _____） <input type="checkbox"/> 休薬した抗血栓薬がある（薬剤名 _____ ・ _____ 日前から）			
希望する内視鏡	鎮静薬使用後の転倒などのリスクを考え、一般的に以下のような方法で内視鏡を選択します。検査の予約やご本人の希望など、状況に応じて変更することもあります。 <ul style="list-style-type: none"> ● 75歳以下：ハイビジョン（内視鏡径10mm弱）による経口内視鏡、鎮静薬あり ● 76歳以上：細径内視鏡（内視鏡径5mm強）による経口内視鏡、鎮静薬なし <input type="checkbox"/> 経口内視鏡を希望する <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡を希望する ※経鼻内視鏡は鼻出血のリスクがあり、以下にあてはまる方は選択できません。 抗血栓薬服用中・鼻の手術歴・出血傾向（肝硬変・維持透析・血液疾患 等）			
鎮静剤の希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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、今後の診療に関するコメントを記入します。

* 生検を行った場合は、病理結果にコメントを添えて、後日に郵送します。