

高の原中央病院内視鏡検査依頼書(FAX送信書)

(高の原ID)

医療機関名:			
TEL:		FAX:	
ふりがな:			
患者氏名:		(男 ・ 女)	
生年月日:		年	月 日生
連絡先 自宅:		携帯:	
希望される検査:		胃カメラ ・ 大腸内視鏡	検査日 年 月 日 :

症状・検査理由

- ☐HP除菌: 未 ・ 済 (年 月 日) ・ 不明
- ☐経鼻
- ☐鎮静剤 (希望あり ・ 希望なし)
 - 希望により検査直前に鎮静剤(ミダゾラム)を注射して不安を取り除き楽に検査を受けていただけます。
 - 鎮静剤希望の場合、検査当日は自動車、自転車等すべての乗り物の運転はできません。
- ☐その他

処方薬:(投薬内容が多い場合は当日薬手帳の持参をご説明ください。)

抗凝固薬・抗血小板薬 (服用あり ・ 服用なし)

休薬開始日: 不可のため継続中 / 月 日から()を休薬開始。

(薬については裏面をご参照お願いします。)

--

開業医の先生方へお願い

○抗凝固薬・抗血小板薬の休薬については、以下のようにお願いいたします。

単剤服用の場合→生検は可能ですが、ポリープ切除はできません。

多剤服用の場合→生検もできません。

高の原中央病院内視鏡センターでの休薬基準

	一般名	商品名	休薬期間
抗凝固薬	ワルファリンカリウム	ワーファリン	4日前
	ダビガトランエテキシラート	プラザキサ	前日昼
	アピキサバン	エリキュース	前日昼
	リバーロキサバン	イグザレルト	前日昼
	エドキサバントシル酸塩水和物	リクシアナ	前日昼
抗血小板薬	アスピリン	バイアスピリン アスピリン バファリン	4日前
	プラスグレル塩酸塩	エフィエント	6日前
	クロピトグレル硫酸塩	プラビックス	6日前
	チクロピジン塩酸塩	パナルジン	6日前
	イコサペント酸エチル	エパデール(S)	前日昼
	オメガ-3脂肪酸エチル	ロトリガ	前日昼
	シロスタゾール	プレタール	前日昼
	ジラセブ塩酸塩	コメリアンコーワ	前日昼
	ロコルナール	ロコルナール	前日昼
	ジピリダモール	ペルサンチン(L) アンギナール	前日昼
	サルボグレラート塩酸塩	アンプラーグ	前日昼
	ベラプストナトリウム	ドルナー プロサイリン	前日昼
	リマプロストアルファデクス	オパールモン プロレナール	前日昼

※ 合剤におきましては含まれる薬剤を上記に従ってご検討お願いします。

○糖尿病薬、粘膜保護剤以外の処方については、検査当日の朝も中止する必要はございません。

大腸内視鏡検査

- ・前処置の方法について

貴院にて前処置薬→ラキソベロン液(検査前日眠前内服)のみ処方をお願いします。

お手数ですが、レセプトには「〇月〇日高の原中央病院で大腸検査のための前処置薬」と記載してください。

- ・ポリープ切除を行う場合、ポリープのサイズや切除方法によっては約2日間の入院を要することもあります。

ご不明な点は当院「地域医療連携室」までお問い合わせください。