令和　　年　　月　　日

近畿大学病院
上 部 消 化 管 内 視 鏡 検 査 予 約 申 込 書

〈診療情報提供書もお送り下さい〉

FAX 072－298－1650（地域連携予約センター直通）

受付時間　　平日 9:00～17:00　　土曜日 9:00～12:00

所在地

施設名　　医師名

FAX　　TEL

正確に記載してください

フリガナ		性 別	大正・昭和・平成・令和（生年月日）
患者氏名		男・女	年　月　日（　歳）
住 所			
電 話	ー　ー	外来患者（□ 待機中 ・□ 帰宅）	
近畿大学病院での受診歴　有　無		近畿大学病院のID番号	

●検査第1希望日　　令和　年　月　日

●検査第2希望日　　令和　年　月　日

＊予約は、原則「午前中」のみとさせて頂いております。
予約時間は、当院で決定させていただきます。ご了承ください。

■ 問診欄（必ずご記入お願いします。）

□ 鎮静希望　　（ 有 ・ 無 ）

＊希望「有」の方は、運転しての来院は遠慮いただき、可能な限り付き添いの方と来院ください。

＊当日、医師の問診の結果、鎮静不可と判断する場合があります。ご了承ください。

□ 抗凝固薬、抗血小板薬の服用 （ 有 ・ 無 ）

薬剤名をご記入ください

＊抗血栓剤について
①アスピリンなど抗血小板薬1剤の場合は休薬なく生検可能です。
②抗血栓剤2剤以上は原則生検できません。
③ワーファリンは1週間以内のPT-INRが2.5以下であれば生検可能です。
（待ち時間が生じますが当日当院でPT-INR測定は可能です。）
④DOAC（プラザキサ、イグザレルト、エリキュース、リクシアナ）は休薬なく生検可能ですが、検査の5時間以上前までに内服、あるいは当日朝のみ休薬をお願いします。

近畿大学病院　地域連携課
大阪府堺市南区三原台1丁14番1号
TEL　072-288-6236 （地域連携予約センター直通）