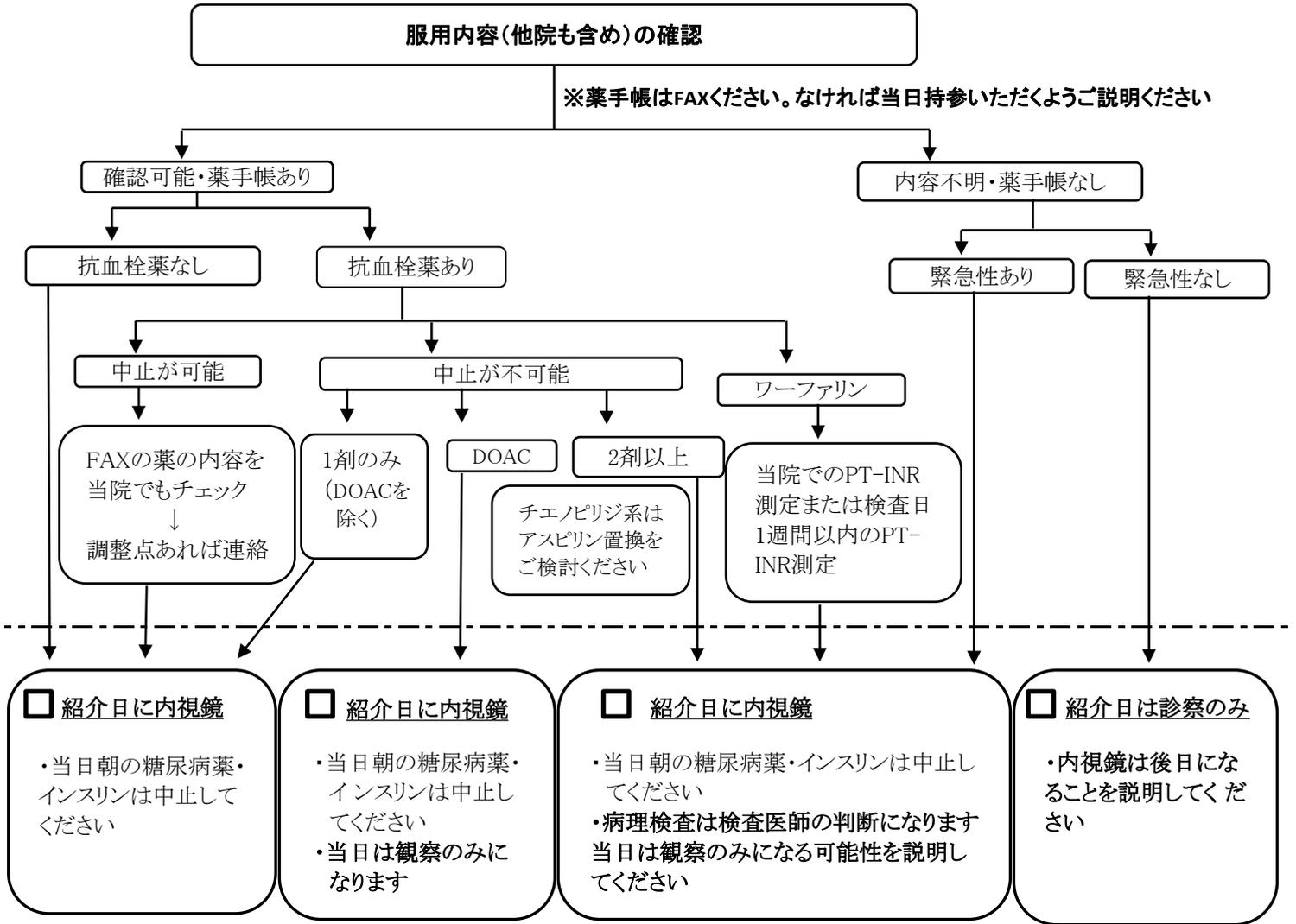


紹介元の先生方へのご案内

加賀市医療センター

このたびは、ご紹介ありがとうございます。
内視鏡検査を予約いただく際に、事前準備といたしまして、該当する箇所を選択いただき、患者さまへご説明くださいますようお願い申し上げます。



※PT-INR値 _____ 月 _____ 日

※鎮静剤使用をご希望の際には、当日車や自転車の運転は控えて頂きます。
送迎または公共交通機関をおすすめください。

キトリ線(下記を記入後にこの用紙をFAXいただき、切り取って患者様にお渡しください)

患者様氏名

抗血栓薬 ┌ 抗血小板剤 ├ 抗凝固薬 └ DOAC	名称	<input type="checkbox"/> 月 日より中止 <input type="checkbox"/> 月 日よりバイアスピリンに変更 <input type="checkbox"/> 内服継続
	名称	<input type="checkbox"/> 月 日より中止 <input type="checkbox"/> 内服継続
	名称	<input type="checkbox"/> 月 日より中止 <input type="checkbox"/> 内服継続
糖尿病薬	名称	<input type="checkbox"/> 月 日 朝中止
	名称	<input type="checkbox"/> 月 日 朝中止
インスリン	名称	<input type="checkbox"/> 月 日 朝中止