

カルテ№.	
氏 名	
生年月日	歳
性 別	

## 胃内視鏡検査の予約票

( 経口 ・ 経鼻 )

検査は午前 からです。  
検査の15分前までにご来院ください。

原則的には時間を定めていますが、前の患者様の検査の進行状況の関係により時間が前後することがありますので、あらかじめご了承ください。

来院されましたら、再来機で受付をして  
内視鏡センター内のイスに掛けてお待ち下さい。

## 注 意 事 項

### 【検査前日】

○午後9時以降に食事はしないでください。飲水の制限はありません(水・お茶のみ)  
胃の手術をした方は残渣が残りやすくなっています。前日の午後5時以降に食事をしないでください。尚、残渣が残っていると検査のやり直しとなる事があります。

### 【検査当日】

○絶食して下さい。飲水は検査1時間前なら、水・お茶のみ可能です。  
但し、心臓・高血圧等の薬を服用中の方は、検査の3時間前までにお飲みください。  
※お薬が不明な場合は、かかりつけの調剤薬局へお問い合わせください。  
○お薬手帳をお忘れなくお持ち下さい。  
○入れ歯をしている方は外して下さい。  
○口紅、マニキュア・ジェルネイルは落して付け爪は外して下さい。  
○必ずフェイス・タオルをお持ち下さい。  
○経鼻で予約されていても状況により医師の判断で経口になる事もあります。

### 【検査後】

○1時間位休んでいただく場合がありますので、時間に余裕をもってご来院下さい。  
○患者様ご自身で自動車・自転車の運転はご遠慮下さい。  
※送迎バスもありますのでご利用下さい。

## 問 診 票

◎ 次の質問にお答え下さい。(はい・いいえ) どちらかを○で囲んで下さい。

1. 今までに胃内視鏡検査を受けた事がありますか？  
( はい ・ いいえ )

2. 今までに歯科の麻酔で具合が悪くなった事がありますか？  
( はい ・ いいえ )

3. 高血圧・心臓病の薬を服用している方へ。  
※今朝、薬を飲みましたか？ ( はい ・ いいえ )

4. 血液をサラサラにする薬(抗凝固剤・抗血小板剤)を飲んでいますか？  
( はい ・ いいえ )  
※はいの方へ  
・検査において薬を中止するように言われましたか。  
( はい ・ いいえ )

・いつから中止していますか？ 月 日より中止

5. ピロリ菌の検査を受けた事がありますか？  
( はい ・ いいえ )

※はいの方へ  
・ピロリ菌は除菌しましたか？ ( はい ・ いいえ )  
・いつ頃、除菌しましたか？ 年 月頃

検査の変更・キャンセルのお問い合わせは、日曜・祭日を除く  
月～金曜日 9時～16時・土曜日 9時～12時までに外来へ御連絡下さい。