

〔胃内視鏡検査のご案内〕 —必ずお読みください—

フリガナ

氏 名 _____ 様 () 生年月日 _____ ()

検査日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

検査当日、[保険証（医療証含む）]・[診察券（お持ちの方）]・[紹介状（診療情報提供書）]
[胃内視鏡検査のご案内・問診表]を持参ください。

ご予約時間の1時間前（感染症検査のため）※事前に検査がお済の方は20分前までに
ご来院のうえ総合受付にてお声かけ下さい。

検査前の食事について

検査前日の午後9時以降および当日の朝は何も食べないで下さい。
但し、のどの渇きを癒すため、少量の水またはお茶は飲んでもかまいません。
(牛乳・コーヒー類・ジュース等は不可です。)

検査前の薬について

いつも飲んでいるお薬は、前日まではいつもどおり服用して下さって結構です。
当日の朝は、薬はいっさい服用しないで下さい。
(但し、血圧の薬を服用している方はその薬だけ水で服用して下さい。)

タバコを吸われる方

タバコにより胃液が出て胃粘膜が見えにくくなりますので、検査当日の喫煙はおやめください。

その他の注意事項

1. 検査で衣服が汚れることがありますので、襟のない服装を選んでください。
また、検査後お腹が張ることもありますので、ゆるめの服装をおすすめします。
2. 全身状態確認のため、検査当日は口紅・マニキュア等はつけないでご来院ください。
3. 検査終了後、1時間くらいは何も飲食物をとらないでください。
4. 検査終了後、数時間は多少のどが渇き、眼の焦点が合わないことがあります。自然に消失します。
5. 検査で軽い麻酔を使用するため、自動車・オートバイ・自転車など、ご自分の運転での
ご来院は絶対におやめください。
6. 出血しやすい方、緑内障の方、心臓の病気の方、前立腺肥大症などのある方は担当者に
お話しください。
7. 検査当日のご都合が悪くなりましたら、すぐにお知らせください。

感染症検査について

内視鏡検査の前に血液検査で感染症（B型、C型肝炎ウイルス検査、梅毒反応）を調べます。これは内視鏡を介しての感染症の広がりを防ぐ為です。約5ml採血し内視鏡検査前に結果を確認いたします。なお、事前に検査がお済の方は検査を省略いたします。

同意書について

当院では患者様に検査についてご理解いただいた上、事前に同意書をいただいております。検査当日に同意書をお読みの上、ご署名をお願いいたします。

ポリープの処置について

当院では安全確保の為、ポリープが見つかった場合でも外来での処置は行っておりません。後日入院（1～2泊）での処置となります。

東京都府中市住吉町5丁目21番地1

医療法人社団 恵 仁 会

府中恵仁会病院 地域連携部

TEL 042-365-1211（代表）

042-365-1603（医療連携部直通）

FAX 042-365-1213（ ）

問診表

ID

内視鏡検査を受けられる方へ

検査日：平成 年 月 日

時間： 時 分

検査を安全に行なうためにこの問診表をご記入の上当日カルテと一緒に内視鏡室へお出し下さい。

(はい・いいえ) のどちらかを○で囲んで下さい。

- ◆今までにこの検査を受けたことがありますか (はい いいえ)
- ◆歯医者で麻酔して治療したことはありますか (はい いいえ)
- ◆薬のアレルギーはありますか (はい いいえ)
- ◆心臓病はありますか (はい いいえ)
- ◆血液を固まりにくくする薬を飲んでいませんか (はい いいえ)
 { 小児用バファリン、ワーファリン、アスピリン、バイアスピリン }
 { ペルサンチン、パナルジン、エパデール、ロコルナルなど }
- ◆緑内障はありますか (はい いいえ)
- ◆糖尿病はありますか (はい いいえ)
- ◆甲状腺機能亢進症はありますか (はい いいえ)
- ◆男性の方は前立腺肥大はありますか (はい いいえ)
- ◆血液透析を受けていますか (はい いいえ)
- ◆開腹手術を受けたことはありますか (はい いいえ)
 それは何の手術ですか ()

☆検査を受けるにあたって、何か心配な事があればお書き下さい。

[]

府中恵仁会病院