

胃瘻交換をされる方へ

施設名 _____ / 患者名 _____ 様

《当日》

①平成 年 月 日 9時迄に来院し受付をして下さい。

②内視鏡室の前でお待ち下さい。

③内視鏡室で採血をします。

胃カメラの同意書にご署名を頂きます。採血の結果がわかり次第、胃瘻交換の処置を行います。

<注意事項>

※下記の内服薬は休薬して下さい。

薬品名	休薬期間
バイアスピリン・エパテール	7日～10日
バファリン	7日
パナルジン・フラビックス	7日～14日
ワーファリン	3日～7日
フレタール	2日
ロコナール・ペルサンチン フロサイリン・オパールモン	1日～2日

*上記以外でも抗血栓薬、抗凝固薬、脳循環、代謝改善薬などは休薬となります。
休薬されていない場合は処置が出来ませんので日改めて予約が必要となります。

ご不明な点がございましたら内視鏡室へお問い合わせ下さい。

尚、この用紙は当日ご持参下さい。

TEL 042-365-1211
府中恵仁会病院
内視鏡室