

上部消化管内視鏡検査のご案内

患者氏名： _____ 様

ID番号： _____

| |
|----------------------------------|
| 検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () |
| 検査時間： 午前・午後 _____ 時 _____ 分 |

【 検査前日 】

- 夕食は、消化の良いものを午後7時まで済ませてください。

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ その後は水やお茶は飲めますが、固形物やその他の飲み物は摂らないでください。 ・ 刺激物、アルコールは禁止です。 |
|--|

【 検査当日 】

- 朝食は、禁食です。
起床時コップ2杯の水又はお湯を飲んでください。
検査予約時間の1時間前 (_____ 時 _____ 分) まで飲水は可能です。
- 検査予約時間の30分前までに、病院1階「紹介患者専用窓口」で受付をしてください。
2階内視鏡センターへお入りください。

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 心臓病、血圧、喘息の常用薬は、午前7時頃、必ず内服してください。 (その他の薬は、検査前は内服しないでください。) ・ 血糖降下剤、インスリンは、食事がとれないので、検査当日の朝は、中止してください。 ・ 抗凝固剤 (ワファリン、パナゾン、バイスピリン、バファリンなど) は医師に相談の上、可能な場合は中止してください。(_____ 月 _____ 日) より中止してください。 |
|--|

《お願い》

- 1 検査予約時間は、他の患者さんの検査進捗状況によって遅れる事がありますのでご了承願います。
- 2 検査当日は、他の科の受診や検査はご遠慮ください。
- 3 検査時注射をすることがありますので、ご自分で運転 (自動車、バイク、自転車) して来院することは避けてください。
- 4 ゆったりとした衣服を着用してきてください。
- 5 検査の予約を変更する場合は、なるべく検査の3日前までに地域連携室へご連絡ください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介元医療機関名： _____

医師・看護師・その他、説明者 氏名： _____ 印

私は、上記の内容の説明を受け、了知しました。

_____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

親族または代理人 (続柄： _____)