

《胃カメラ検査予約票》

紹介医療機関名称

()
()様

患者様にお渡し下さい。

この問診票にご記入のうえ、当日総合受付に保険証を提出していただき、外来診察の時間に外科外来の受付におこし下さい。

【ご記入下さい】

次の質問に（はい・いいえ）のどちらかを○で囲んでください

- 1) 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）
- 2) 心臓病、不整脈はありますか？（はい・いいえ）
- 3) 緑内障はありますか？（はい・いいえ）
- 4) 血液を固まりにくくする薬を飲んでいますか？（はい・いいえ）
薬の名前 []
- 5) 糖尿病はありますか？（はい・いいえ）
- 6) 甲状腺機能亢進症はありますか？（はい・いいえ）
- 7) 鼻の病気をしたことがありますか？（はい・いいえ）
- 8) 肝臓が悪いと言われたことがありますか？（はい・いいえ）
2. 男性の方にお尋ねします
前立腺肥大はありますか？（はい・いいえ）
3. 女性の方にお尋ねします
現在妊娠していますか？（はい・いいえ）
4. 今回の胃カメラをどちらの方法で希望されますか？（口から・鼻から）
5. お尋ねになりたいことがあれば、お書き下さい

【ご注意】

- 1・前日の夕食は午後9時までにはすませてください。それ以後は禁食です。
- 2・当日はコップ一杯の水なら飲んでかまいません。
(牛乳、乳飲料、炭酸飲料、コーヒー、ジュース等はお控え下さい)
- 3・常用薬は検査予約時間の4時間前までにこの水で服用して下さい。
(※ただし糖尿病の飲み薬、注射、胃粘膜保護剤はお控え下さい)
- 4・血液を固まりにくくする薬をお飲みの方は、**検査一週間前から中止が必要です。**主治医にご相談下さい。(パナルジン、ワーファリン、バファリン、バイアスピリンなど) (薬品名 / より中止)
- 5・検査の順番は予約順で行います。また急患等により予約時間通りにならない事があります。ご了承下さい。
- 6・お化粧(口紅、マニキュア)は控えて下さい。
- 7・体調により、経鼻的内視鏡ができないことがあります。
- 8・**自分で車やバイクを運転してのご来院は控えて下さい。**

【予約日に都合で来院出来ない場合は、出来るだけ早く下記にご連絡下さい】

新城市民病院 Tel 0536-22-2171 内視鏡室 内線 218 (平日 8:30~17:15)

診察予約時間

平成 年 月 日 午前 :

検査時間は、

診察後のお時間となります。

※場合によっては、お待ちいただくことがあります。