

《胃カメラ検査予約票》

紹介医療機関名称

()

お名前

()様

この予約票を患者様にお渡し下さい。

診察(外来受診)の予約時刻

年 月 日 の午前 :

胃カメラ検査は診察後になります。

※場合によっては、お待ちいただく場合がございます。

この問診票をご記入のうえ、検査当日 総合案内に保険証を提示して下さい。

診察の予約時刻までに(総合診療科・外科)外来受付までお越し下さい。

以下の質問に(はい・いいえ)のどちらかを○で囲んでください

- 1) 胃カメラ検査を受けたことがありますか? (はい・いいえ)
- 2) ピロリ菌の検査をしたことがありますか? (はい・いいえ・不明)
- 3) ピロリ菌の除菌治療をしたことがありますか? (はい・いいえ・不明)
- 4) 心臓病または不整脈と言われたことはありますか? (はい・いいえ)
- 5) 緑内障と言われたことはありますか? (はい・いいえ)
- 6) 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 []
- 7) 血糖値が高い・糖尿病と言われたことはありますか? (はい・いいえ)
- 8) 甲状腺機能亢進症と言われたことはありますか? (はい・いいえ)
- 9) 鼻の病気をしたことがありますか? (はい・いいえ)
- 10) 肝硬変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
前立腺肥大症と言われたことがありますか? (はい・いいえ)
3. 女性の方にお尋ねします
現在、妊娠をしていますか? (はい・いいえ)
現在、授乳をしていますか? (はい・いいえ)
4. その他、お尋ねになりたいことがあれば、下記にお書き下さい。
()

【ご注意】

1. 検査前日の夕食は午後9時(21時)までにすませてください。それ以後は禁食です。
2. 検査当日はコップ一杯の水または白湯なら飲んでもかまいません。
(牛乳、乳飲料、コーヒーや炭酸飲料・ジュース等の清涼飲料水はお控え下さい)
3. 常用薬は、検査当日は服用せずに来院して下さい。
(※お薬手帳をお持ちの方はご持参下さい)
4. 血液を固まりにくくする薬を服用中の方は、内服を中止する場合がありますので、主治医にご相談下さい(ワーファリン、バファリン、バイアスピリン、プラビックスなど)。
(薬品名: _____ を 月 日より中止)
5. 検査は予約の順番で行いますが、急患や検査室の都合により予約時刻通りに検査できないことがあります。
6. お化粧品(口紅、マニキュアを含む)はしないで、来院して下さい。
7. 血液を固まりにくくする薬を服用中の方は、鼻出血を起した場合、出血が止まりにくいいため、経口カメラで検査させていただく場合があります。
8. 医師の指示により経口カメラで検査させていただく場合があります。

【予約日にご都合で受診が出来ない場合には、出来るだけ早く下記までご連絡下さい】

新城市民病院 Tel (0536) 22-2171

地域医療連携室 内線:401 ※平日の 8:30~17:15 まで