検査説明書(医療連携専用)

胃カメラ を受けられる方へ

● 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

● 検査の日時は次のとおりです。 ＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日(　　)

当日は 午前 ＿＿＿時＿＿＿分に、**1階 総合受付（ 0番 紹介専用窓口）**へお越しください。

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等 *診察券(聖霊病院を受診されたことのある方のみ) *検査依頼書(紹介状)
*検査説明書(この用紙) 必ず下の問診表(太枠内)にご記入のうえお持ちください。

●注意事項

[抗凝固薬をお飲みの方へ]

◇ 抗凝固薬を飲んでいると、検査が出来ない場合がございます。
(抗血栓剤が一剤のみの服用であれば、休薬なしで検査、生検が可能です。)
※二剤以上併用で服用されている方は、主治医の先生に相談してください。

◇ ワーファリン服用中の方は、当日に採血をさせていただきます。

〔検査の前日〕

◇ **夜9時以降は食事をとらないようお願いいたします**。少量の水分はとっていただいて結構です。

◇ 就寝前に薬を服用されている方は、いつもどおり服用していただいて結構です。

〔検査の当日〕

◇ 当日は朝から絶飲絶食してください。

◇ 高血圧や心臓病の薬を服用されている方は、朝7時までに服用してからお越しください。
それ以外の薬は服用なさらないようお願いいたします。

◇ 糖尿病でインスリン注射をしている方は注射をしないようお願いいたします。

〔その他〕

◇ なるべくゆったりした服装でお越しください。

◇ 口紅や濃い化粧はご遠慮ください。

◇ 検査当日、体調が不良の場合は検査日の変更をおすすめします。電話でご相談ください。

検査の前までに次の問診表にお答えください。

1. 胃カメラを受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
→「 はい 」とお答えした方は、 その時に何か指摘されたことはありますか？ (　　)
2. ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
→「 はい 」とお答えした方は、 除菌治療を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
3. 今までにかかったことのある病気にチェックしてください。
□心疾患(心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 弁膜症) □高血圧 □気管支喘息 □前立腺肥大 □緑内障
□糖尿病 □甲状腺疾患 □肝臓疾患 □アレルギー性疾患 □その他(　　)
4. 胃の手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
5. 血液が固まらないようにする薬 (ワーファリン・パナルジン・バファリン・エパデール・プレタール・バイアスピリン など) を服用していますか？ (はい ・ いいえ)

連絡先:聖霊病院 TEL 052－832－1181(代表)
(月～金) 8:30～17:00 (第2・第4土) 8:30～12:30 ＊休診日を除く