

診療情報提供書 上部内視鏡検査

社会医療法人社団 尚篤会 赤心堂病院
〒350-1123
埼玉県川越市脇田本町25-19
TEL 049-249-0808 (患者支援室)
FAX 049-241-2856
担当医師 宛

紹介医療機関名

TEL

FAX

医師名

予約日時 _____月_____日 () _____時_____分

患者様情報	フリガナ _____ 生年月日 _____			
	お名前 _____ 男・女 _____年_____月_____日 (_____歳)			
	住所 〒 _____	電話番号 _____		

傷病名				
紹介目的		上部内視鏡検査の依頼 (☐ 経口希望 ☐ 経鼻希望)		
経過		(症状・検査結果・治療・現在の処方・既往歴・家族歴等)		
チェックリスト	高血圧	(なし ・ あり)	慢性腎不全	(なし ・ あり)
	局麻アレルギー	(なし ・ あり)	心疾患・不整脈	(なし ・ あり)
	緑内障	(なし ・ あり)	妊娠の可能性	(なし ・ あり)
	糖尿病	(なし ・ あり)	前立腺肥大	(なし ・ あり)
	腹部手術の既往	(なし ・ あり)		
	抗凝固剤の検査前服用状況		☐ 服用継続	
			☐ 中止 (_____月 _____日より)	
検査結果で治療が必要な場合				
☐ 紹介元で治療する ☐ 赤心堂病院で治療する				

上部内視鏡検査 予約票

予約日時 月 日 () 時 分

フリガナ	生年月日
お名前	男・女 年 月 日 (歳)

内視鏡検査（胃カメラ）とは、口または鼻から内視鏡という細い管を入れ、食道・胃・十二指腸の内側の状態を直接見る検査です。

～注意事項～

検査予約日は、検査の30分前に赤心堂病院初診受付窓口までお越しください。

食事	前日	・夕食は19時頃までに消化の良い物を召し上がってください。 ・19時以降、水分(水・お茶)は飲めます。＊乳製品は消化が悪いので飲まないでください。
	当日	・何も食べないでください。（タバコ・ガムも控えてください） ・起床から朝7時まではコップ1杯（200ml）の水だけは飲んでもかまいません。
持ち物	①保険証 ②診察券（以前おかかりの方） ③上部内視鏡検査予約票（この用紙）	
服装	・ゆったりとした服装がよいでしょう。 （腹巻・ガードル・ボディースーツ等、お腹を締め付けるものは避けてください。） ・コルセットは検査直前にはずしてください。	
薬	・抗血栓剤（血液を固まりにくくする薬）を服用している方は、かかりつけ医の指示に従って中止してください（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） ・血圧が高いと検査できないことがあります。血圧の薬（降圧剤）を服用されている方は、朝7時まで服用して下さい。 ・糖尿病でインスリンを注射している方は、注射しないでください。（血糖降下剤も服用しないでください。）	
経口	・のどの痛みやせきがひどい方は、胃内視鏡検査を行えない場合があります。当日お申し出ください。	
経鼻	・鼻腔内が狭く経鼻内視鏡を挿入できないことがあります。このような場合は経口内視鏡に切り替える可能性がありますのでご了承ください。	
その他	・検査前処置の注射により、暗転に影響がありますので、車やバイクでの来院はお控えください。	

※検査日のご都合が悪くなった時は、下記までご連絡ください。
※その他、ご不明な点は、主治医または下記までお問い合わせください。

社会医療法人 尚篤会 赤心堂病院
TEL 049-249-0808（患者支援室 直通）