

# 胃内視鏡検査のご案内

(資料5)

(当日は問診表の記載をお願いします)

検査予定日： 月 日 曜日 (予約時間 時)

検査当日の来院時間： 時 分までにご来院下さい

持参する物

- ・案内文と問診用紙・診察券
- ・お薬手帳 (内服薬が記載されている用紙)

検査前日 ( / )

- ・夕食は固い物を避け、消化の良い物を摂取して下さい
- ・食事は20時までに済ませて下さい。
- ・水分 (水・お茶) は翌朝7時までは適度に摂取されて構いません

検査当日の注意事項 ( / )

- ・朝食は摂取しないで下さい
- ・水分摂取は7時までに済ませて下さい (水・お茶のみ)
- ・内服薬がある方は7時までに内服して下さい (内服が多い場合も同様)
- ・糖尿病薬は内服しないで下さい
- ・高血圧・心臓病・精神安定剤・抗けいれん剤中止の指示がない限り内服して下さい
- ・血液サラサラの内服や注射製剤に関しては主治医の指示に従って下さい
- ・義歯は外して頂きます
- ・貴重品は可能な限り、持ち込まないようお願いします
- ・紛失に関して当院は責任を負いかねます
- ・体調が優れない場合はお伝え下さい

経鼻内視鏡検査を希望される方へ

- ・血液サラサラの内服をされている場合は経口からの検査でご案内となります
- ・何らかの処置を伴う検査では経口のみのご案内となります
- ・鼻閉等がある場合は経口検査をおすすめします
- ・経鼻からの検査を希望されても主治医の指示で経口となる事もあります

予約の変更がある場合は  
地域連携室へご連絡ください。  
TEL : 098-850-3811 (病院代表)

胃内視鏡検査問診表 (資料 6)

- 1、内視鏡検査は受けたことがありますか (有・無)  
ピロリ菌検査をした事がありますか (有・無) ( )
- 2、当日の食事摂取について  
摂取していない ( ) 最終食事時間 ( )
- 3、鎮静剤 (検査が楽に受けられる為の薬) 希望の個所に○をして下さい  
希望する ( ) 希望しない ( )
- 4、下記の項目に当てはまる方は○印もしくは記載をして下さい

- ① ( ) 心臓の治療をしている (心筋梗塞・狭心症・不整脈など)
- ② ( ) 緑内障がある
- ③ ( ) 尿が出にくい (前立腺肥大症など)
- ④ ( ) 血圧が高い：最終内服時間 ( )
- ⑤ ( ) 抗凝固剤 (血液を固まりにくくする薬) を飲んでいる  
\* ワーファリン・アスピリンなど  
\* 検査の為に抗凝固剤の服用を主治医から中止されている方は  
いつからお薬を中止されていますか。  
\_\_\_\_月 \_\_\_\_日～ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで
- ⑥ ( ) 呼吸器疾患がある (慢性閉塞性肺疾患・睡眠時無呼吸過眠症候群など)  
CPAP の使用 (有・無)
- ⑦ ( ) 喘息がある：最終発作日 ( )
- ⑧ ( ) 重症筋無力症がある
- ⑨ ( ) キシロカインアレルギーがある  
\* これまで抜歯や局所麻酔などでアレルギー症状がでた  
( ) 薬物アレルギー (ヨード剤・アルコール綿など)  
( ) 食物アレルギー (卵・大豆・甲殻類など)
- ⑩ ( ) 肝臓が悪い (B 型、C 型肝炎、肝硬変など)
- ⑪ ( ) 喉が痛い (扁桃腺炎風邪など)、鼻の病気 (鼻炎や鼻がつまっている)
- ⑫ ( ) 胃・十二指腸の手術を受けた
- ⑬ ( ) 人工透析 (血液透析・腹膜透析) を受けている：シャント (右・左)
- ⑭ ( ) 甲状腺機能亢進症がある
- ⑮ ( ) 糖尿病の治療を受けている (内服・インシュリン)
- ⑯ ( ) 褐色細胞腫がある
- ⑰ ( ) ペースメーカーなど体内に金属が埋め込まれている
- ⑱ ( ) 乳がんや麻痺などで注射をしてはいけない部位 ( )
- ⑳ ( ) 授乳中・妊娠している