

内視鏡(胃カメラ)を受ける方へ

ID	氏名	年齢	男・女
----	----	----	-----

希望があれば記入して下さい。(鼻 ・ □)

問診です。あてはまるものに○をつけて下さい。

1. 胃カメラ検査は今回初めてですか

はい ・ いいえ

2. ピロリ菌検査されたことがありますか

はい ・ いいえ

3. 血がかたまりにくくなる薬を服用していますか

はい ・ いいえ

4. 今まで 耳鼻科で鼻の治療をしたことがありますか

はい ・ いいえ

5. 麻酔などして気分が悪くなったことがありますか

※ 歯科の治療で麻酔された時など

はい ・ いいえ

6. 薬などのアレルギーはありますか

はい ・ いいえ

アレルギーあれば薬品名()

胃カメラ 検査 氏名_____

日時：平成	年	月	日	曜日
時間：		時	分	

朝は食事せず絶食で

食事・・・ 前日 夜 9 時まで済ませて下さい。

※ 夕食は控えめに、油っぽいものやアルコールは控えて下さい。

水分・・・ 夜間 お水やお茶は飲んで頂いても大丈夫です。

※ ジュースや牛乳はダメです。

薬対応は

朝に、どうしても必要な(降下剤・心臓の薬)は飲んで頂いて大丈夫ですが
血糖値を下げる薬・朝食後薬は、検査後自宅で食事をできるようになってから
服用して下さい。その日だけ時間をずらして服用して下さい。

当日は・・・検査終了後は30分休んで帰って頂きます。

帰宅後すぐの食事はできません。気管に入ってしまうといけないためです。

検査2時間後、水分摂取して、むせ込みがなければ食事して頂けます。

2時間後むせ込があるようなら、後 30 分様子を見てから食事して下さい。

★ 当日都合で来院出来なくなりましたら必ずご連絡をお願いします。

榎谷内科クリニック 電話 0596-53-1100