

内視鏡検査予約表

ご希望される検査	上部(胃) / 下部(大腸)
----------	----------------

<検査日時> 年 月 日() : ~

<患者さんについて>

(ふりがな)		
(お名前)		
(生年月日)	明・大・昭・平 年	月 日
(ご連絡先)	(ご自宅)	- -
	(携帯電話)	- -

<患者さんの体調について>

(主訴)	
(その他、特記事項)	

<検査について>

(検査目的)	
(検査についてご要望等ございましたら、ご記入ください。)	
例:「経鼻カメラを希望」など	
(本院での診察)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
(読影レポート)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
* 検査後、直近の木曜日に郵送・FAXにてお送り致します。	

<貴院の病院名・ご連絡先>

(病院名)	
(ご連絡先)	TEL - -
	FAX - -

* ご不明な点等ございましたら、お気軽にご連絡ください。

* なお検査に伴う費用は、直接当院から患者さんに請求致します。

ご記入後、下記宛先までFAXをお願い致します。

福岡信和病院 (担当: 榎本) TEL 092-557-1877
FAX 092-557-1885

胃内視鏡検査を受けられる方へ

様

検査日 年 月 日 () 時 分にご来院下さい。

次のような方は
お知らせ下さい

- 心臓や脳の病気に罹られている方で血液が固まらないようにする薬(ワーファリン、バイアスピリンなど)を服用している方。
- 糖尿病の薬の内服、インシュリン注射をしている方。

検査前日 ／	<ul style="list-style-type: none">・ 前日の夕食は夜8時・9時までにおとり下さい。・ 夜9時以降は水分のみ(お茶・スポーツドリンク等)をお願い致します。・ 水分はしっかり飲んでいただいで結構です。
検査当日 ／	<ul style="list-style-type: none">・ 朝食は絶対に取りらずにご来院下さい。・ 牛乳(乳製品)・ジュース・コーヒー等色のついた飲み物は飲まないで下さい。・ 時までは、お水又はスポーツ飲料は飲んでいただいても構いません。・ 朝のお薬は、内服せずに病院にご持参下さい。 *糖尿病でインシュリンを注射されている方は、注射しないで下さい。・ ゆったりとした服装でご来院下さい。首元の長い服、ボディスーツはご遠慮下さい。・ 検査中はのどの麻酔や点滴を行いますので、お車を運転されての来院はご遠慮下さい。

ご不明な点がございましたら、お尋ね下さい。

