

内視鏡検査予約票

様

令和 年 月 日() 午前・午後 時 分から検査です。
(検査開始時間は当日の進行状況により、多少変わることがございます。)

- ・検査開始の15分前に紹介受付へお越し下さい。
- ・お持ち頂くもの(チェックして下さい)
 - 紹介状
 - 保険証
 - 診察券
 - 内視鏡検査予約票
 - 内視鏡検査問診表
 - 検査・手術・処置に関する同意書

《《ご注意》》

検査前日	・夕食を午後9時までに済ませ、それ以降は食べないでください。
	・アルコール以外の水分(お茶・実のっていないジュース など)は飲んでもかまいません。
	・その他食事は通常通りでかまいません。
検査当日	・朝食は摂らないでください。
	・高血圧、抗痙攣剤、心臓のお薬は早い時間(朝6時から7時の間)にお飲みください。(コップ1杯程度のお水で飲んでください)
	・検査の際、軽い鎮静剤を(患者様のご希望をお伺いしたうえで)使用することがありますので、ご自身で自動車・バイク・自転車の運転はしないでください。
検査後	・検査前には、眼鏡・入れ歯・コルセット・ガードルなどははずしていただくこととなります。また、お化粧品は最小限に、口紅は付けずにお越しください。
	・もし鎮静剤を使用した場合、お薬の影響で検査終了後しばらくは眠気やふらつきといった症状が出る場合がありますので、十分に休憩されてからご帰宅下さい。(最低でも30分から60分程度は休んで頂きます。)
	・検査後、口の中に“まずい感じ”が残ることがありますが、20分ほどですっきりします。
	・検査後のお食事は、まず水を飲んでむせないようでしたら通常通りお取りください。
	・組織検査をされた方は、検査後2時間くらい間を空けてから、消化のよい物を食べてください。

予約の変更・キャンセルは必ず前日までに、また、問い合わせ等も下記にご連絡ください。

(病院名) _____
(内線) _____
TEL: — —
FAX: — —

受付時間 平日 午前 時 分～午後 時 分

検査・手術・処置に関する同意書

私は（患者名） _____ 様に対し、内視鏡検査（胃カメラ）について説明いたしました。また、万が一合併症が生じた場合は、適切な処置を行います。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご紹介医療機関 _____

説明医師名 _____

同席看護師名 _____

.....

殿

私は、上記について担当医師より説明を受け、質問する機会も得ました。
その結果、

- 説明された内容を十分理解し、納得しましたので、同意します。
 同意いたしません。
 その他(_____)

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者氏名 _____

(患者様本人による署名がある場合には、代理人の署名は不要)

(患者様本人が記載困難な場合には、代理人の方のみご署名可)

代理人氏名 _____

患者との続柄(_____)