

下部内視鏡検査予約表

患者氏名 _____ 様 _____

検査日を _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分 に予約しました

以下の注意事項を守り予約時間の30分前までに来院いただき、
この用紙と保険証・紹介状を受付にお出してください。

【検査前日・当日の注意事項】

【検査前日】

- ・朝食より食事制限をしていただきます。
- ・豆、海藻、きのこ類、種のある果物等は控えてください。
- ・夕食は、具のないうどんまたは白粥を食べてください。
具のない味噌汁、コンソメスープ、ポタージュスープは飲んでも構いません。
(食事内容にお困りの方は。検査食をお買い求めください)

【寝る前】

コップの水にピコスルファートナトリウム1本を入れ、下剤(ヨーデル2錠)と一緒に服用してください。※ピコスルファートナトリウムを入れた水は、全量摂取してください。

【検査当日】

- ・朝8時に、テルペラン1錠を、必ずコップ2杯の水で服用してください。
- ・絶食ですが、水分の摂取は可能です。脱水にならないようしっかり摂取してください。
- ※血圧・心臓・喘息の薬を服用中の方は、必ず服用してきてください。
血糖降下剤を内服中の方は、服用しないでください。

- ・来院後、個室で2000ml程度の洗浄液を飲んでいただきます。
- ・検査は午後から開始となります。(所要時間は15分~30分です)
- ・検査後、運転は危険ですので車・バイク・自転車での来院はやめてください。
- ・検査後1時間以上安静にして頂きます。
- ・抗凝固剤等服用されている場合は、検査の前に休薬していただく場合がありますので、
かかりつけの先生にご相談ください

---【内視鏡（大腸カメラ）による検査同意書】-----

■今回の検査内容について医師からの説明を受け、目的・方法・合併症・鎮注意点を十分理解した上で、この検査を受けることに同意します。

平成 年 月 日

患者署名 _____

---【内視鏡検査における問診】-----

■鎮静薬の使用を（希望する ・ 希望しない） ※どちらかに ○ を記載ください。

（注）鎮静剤を希望された場合、車、バイク、自転車の運転はできませんのでご注意ください。

■当日の検査中にポリープが見つかり、検査が必要と判断した場合、ポリープ切除を希望しますか？

※小さなポリープの切除は当日帰宅できます。

（ ） 当日帰れるなら切除を希望する

（ ） 次の機会にしたい

内視鏡検査を安全に受けていただくために、以下の問診で該当するところに ○ をしてください。

【1】 歯科治療、局所麻酔をして気分が悪くなったことがありますか？

（ はい ・ いいえ ）

【2】 以下の病気で治療中または既往のある方は ○ をしてください。

心臓病 高血圧 喘息 緑内障 前立腺肥大症 糖尿病 脳梗塞

【3】 現在、抗凝固剤・抗血小板薬（血液サラサラにする薬）を内服していますか？

※ ○ をおつけください。また、はいの場合は薬品名等の記載をお願いします。

はい 薬品名（ ）

中止している場合はいつからですか？ （ ）月 （ ）日

いいえ

【4】 車・バイク・自転車で来院していますか？ （ はい ・ いいえ ）

【5】 検査後運転する予定はありますか？ （ はい ・ いいえ ）