**ダイレクト予約システム**

**「胃ファイバー検査」**

**紹介医院：　　　　　　　　　　　　　　 患者氏名：**

**生年月日：**

**検査日時：令和　　　年　　月　　日　　時**

**HBs抗原（　　）　　HCV抗体（　　）　　Wa反応（　　）　　妊娠（　　）**

|  |
| --- |
| **問診欄** |

**＊どちらかに○／あれば具体的に記入してください。**

**１．食べ物や薬でアレルギーや副作用がでたことがありますか？**

**ない　　　ある／**

**２．過去に同じような検査をして何か症状がでたことがありますか？**

**ない　　　ある／**

**３．今までかかった病気や怪我はありますか？**

**ない　　　ある／**

**４．該当する方はレをつけてください。**

**□不整脈・狭心症など、心臓が悪いと言われている方。又は胸痛・動悸などの症状がある方**

**□緑内障ないし「あおぞこひ」と言われて眼科通院中の方**

**□前立腺肥大症で泌尿器科通院中の方、あるいはおしっこがスムーズに出来ない方**

**□糖尿病でインシュリン注射や血糖降下剤をご使用の方**

|  |
| --- |
| **胃ファイバー検査を受けられる方へ** |

**①指定された日時に必ずおいでください。**

**②前日の夕食時から検査終了時まで飲食・喫煙を禁じます。**

**③検査当日は体をしめつける衣服を身に着けないでください。**

**④検査前に、必要な注射と喉に麻酔をします。**

**⑤検査時は義歯・眼鏡を外して、薄着になってください。**

**⑥検査終了後、喉に麻酔をかけているため2時間程は飲食できません。**

**⑦検査のための処置を十分に行いますので、特にご心配されるような苦痛はありません。**

**⑧生検した場合などの結果は、指定された日に受診してお聞きください。**

**⑨何らかの事情で検査を取り消す場合は、かかりつけ医にご連絡ください。**

**国立病院機構　沼田病院**