

胃カメラ検査予約票

氏 名 _____ 様

生年月日 (M・T・S・H・R)
年 月 日

《検査日時》 20 年 月 日 (曜日)
午前・午後 時 分

※検査にあたり、次のことにご注意ください。

【食事の制限・薬の内服について】

- ◆ 検査前日は、夜9時まで に食事を済ませてください。
- ◆ 以後、検査が終了するまで 絶食になります。
- ◆ 朝6時頃 コップ一杯の水をお飲みください。
- ◆ 心臓病・高血圧の薬はこの時 (朝6時頃) に服用してください。

【その他の注意】

- ◆ 次のようなご病気がございましたら、検査前にお知らせください。
《緑内障・心臓病・前立腺肥大・高血圧・糖尿病・甲状腺疾患》
- ◆ 抜歯時の局所麻酔で気分が悪くなった方やアレルギーのある方は、あらかじめお知らせください。
- ◆ 検査を楽にするために鎮静剤を使用いたしますので、検査後1時間安静になります。
- ◆ お車、バイク等、ご自分の運転でのご来院はご遠慮ください、

【検査当日の受付方法について】

- ◆ 当日は、検査時間の約15分前に、初診受付にこの予約票を提出してください。
- ◆ 検査の都合で、開始時間が若干遅れることがございますので、あらかじめご了承ください。
- ◆ 当日、急用等でご来院いただけない場合は、お早めに下記までご連絡下さい。

柏市立柏病院
《地域医療支援センター》
電話番号 04 (7134) 1503
FAX番号 04 (7134) 1504
代表番号 04 (7134) 2000
<http://www.kashiwacity-hp.or.jp>