

内視鏡検査をお受けになる方へ

様へ

あなたが受ける検査日は

平成 年 月 日 () 午前・午後 8 時 30 分です。

★持参するもの

- ・問診票 (ご署名をお願いします)
- ・同意書 (ご署名とご捺印をお願いします)
- ・診察券
- ・保険証
- ・タオル
- ・お薬手帳

8:15 までに御来院ください

★検査の流れ

<検査前日>

(/) 21時以降は、何も食べないで下さい。

※21時以降にお食事をされた際、検査ができない場合がありますのでご了承下さい。

※お水・お茶は検査当日の2時間前まで飲んでも構いません。

(朝6:30までに)

<検査当日>

①来院 (検査の15分前までに来院してください。)

↓

②受付 (看護婦による氏名の確認・問診・血圧測定と、トイレを済ませてください)

↓

③検査前処置 (別紙参照してください)

↓

④検査開始

↓

⑤看護師による問診・血圧測定

↓

⑥先生による検査結果説明 (細胞検査を行った方は1週間後に結果が出ます)

↓

⑦精算・再診予約

※当日は、検査時間が前後することもありますのでご了承下さい

・当日の内服薬については、医師又は看護師に確認してください。

・都合により来院できない場合は、お早めにご連絡下さい。

医療法人社団

さくらメディカルクリニック

TEL : 042-797-9671

局所麻酔薬での手術・麻酔を受けられる患者様へ

当院では手術や検査時に、痛みなどを取る目的で他の多くの病院同様に、局所麻酔薬を使用しております。手術の場合には局所に直接注射して使用します。検査の場合には必要な部位に塗布などの方法で投与します。

この麻酔薬の投与により、まれにアレルギー反応（血圧の低下や意識障害を呈するショックなど）が起こる可能性があります。今までは使用前に皮内テストなどであらかじめアレルギー反応の有無を検査してまいりましたが、副作用の出現頻度が非常に低い事と皮内テスト自体でアレルギーが出現する可能性があることから、すべての方にテストをする事を中止しました。その為、アレルギーや心疾患の有無など以下の項目にしがたって詳細にお尋ねしますのでご協力下さい。

アレルギーの可能性が予想される場合には、使用する局所麻酔薬を薄めてテストを行います。この場合、約1時間程度の時間を要する場合がありますのでご了承下さい。

局所麻酔薬問診票

問診日 年 月 日

1. 薬剤（内服薬・注射薬・点眼薬・その他）などで蕁麻疹などのアレルギー反応を起こした事がありますか？ (あり・なし)
“あり”と答えた方は使用薬剤名と具体的な症状を記入してください
()
2. 歯の麻酔をしたことがありますか？ (あり・なし)
“あり”とお答えになった方、何か異常はありましたか？ (あり・なし)
異常があった場合は具体的な症状を記入してください
()
3. 食物アレルギーはありますか？ (あり・なし)
“あり”の場合は症状と品名をお答え下さい
()
4. 蕁麻疹、花粉症、アトピー、喘息などがありますか？ (あり・なし)
“あり”の場合は症状と治療歴をお答え下さい
()
5. 心臓病や肺機能障害などの重篤な疾患の既往がありますか？ (あり・なし)
“あり”の場合は病名をお答え下さい
()
6. 糖尿病や高血圧の既往がありますか？ (あり・なし)

患者様署名 _____

確認者署名 _____ 理事長 荒井 義孝