

# 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)

- ①検査実施日：月～土曜日(午前中のみ)
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)
- ③検査申込書：記入欄にご記入下さい(2枚複写)。

①病・医院控え

**上部消化管内視鏡検査申込書**

検査予約日 年 月 日 午前・午後 時 分

フリガナ 受診者氏名	病・医院名
生年月日 T・S・H 年 月 日(才)	医師名
性別 男 女	ID No.
住所 〒	Tel.

上部消化管内視鏡検査の目的、主訴、病歴、手術歴等

内服薬：抗凝固薬・抗血小板薬等(ワーファリン・バイアスピリン等)

既往歴：胃潰瘍 胃がりープ 十二指腸潰瘍 その他 ( )

現病歴：重篤な大腸炎 緑内障 前立腺肥大

うつ血性心不全 不整脈 甲状腺機能亢進症

妊娠 授乳

感染症：HBs抗原(＋・・・不明) HCV(＋・・・不明) 梅毒反応(＋・・・不明)

過敏症の既往歴：ブスコパン キシロカイン センノシド製剤 ( )

その他 ( )

画像返却様式：フィルム CD-R ドクターウェブのみ

ご注意

1. 事前に電話で日時を予約し、その日時を検査予約欄に記入してください。
2. 枠内に必要事項をご記入のうえ、前日までに当センターに送っていただきますようお願いいたします。
3. 検査前日の夕食は普通に食べてかまいませんが、午後9時以降の飲食は少量のお茶や水を除いて禁止とします。  
検査当日は、起床後、食事・水・牛乳・薬・タバコなど、一切口にしないでください。心臓や血圧の薬を内服している場合は、当日起床後、できる限り早くに内服してください。糖尿病の薬の内服やインスリン注射はお控えください。お薬手帳等をご持参ください。
4. 予約時間の30分前にお越しください。ご都合が悪くなった場合は、前日までにご連絡ください。

一般社団法人 半田市医師会健康管理センター  
TEL(0569)27-7882・FAX(0569)27-7990

230490E

(注) 当センターではポリープ切除術他は出来ませんので予めご了承願います。

- ④前 処 置：前夜9時以降の飲食は少量のお茶や水を除いて禁止とします。
- ⑤結果報告日：通常は2日後までに集配の便でお届けします。なお、当日検査担当医より電話にて結果をご報告する場合があります。  
生検をした場合は、10日ほどかかります。