

胃カメラ検査予約票

氏 名 _____ 様

生年月日 (M・T・S・H)
年 月 日

《検査日時》 平成 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。
- ◆ 予約した日時に急用等でご来院いただけない場合は、お早めに『柏市立柏病院 地域医療支援センター』までご連絡ください。
- ◆ 不明な点がございましたら、『柏市立柏病院 地域医療支援センター』までお問い合わせください。
- ◆ 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。

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>