

来院時間	平成	年	月	日（ ）	午前・午後	時	分
------	----	---	---	------	-------	---	---

※ 来院時間と検査開始時間は異なりますのでご了承ください。

※ 検査当日は西の京病院受付に予約票の提出をお願いします。

●胃カメラ検査の注意事項

- ・検査前日は午後9時までに軽い夕食をすませ、以後検査終了までは絶飲食をお願いいたします。ただし、お水・お茶に限り来院時間の4時間前までは飲んでいただいてかまいません。
- ・お薬は検査当日は原則飲まずに来院していただきます。
- ・タオルを1枚ご持参ください。

●大腸カメラ検査について

大腸カメラ検査は原則、一度来院して頂き下記の注意事項等の説明と確認をさせていただきますが、下剤を処方して頂けるご施設様は当院より受診者様へ直接お電話で下記の説明をさせていただくことも可能です。

- ① 下剤や洗腸剤の説明と飲み方、処方について
- ② 検査前の食事について
- ③ 大腸ポリープ切除について
- ④ 内服中のお薬について
- ⑤ 感染症検査について
- ⑥ 検査の予約

●胃・大腸の鎮静下（全身麻酔）内視鏡検査の注意事項

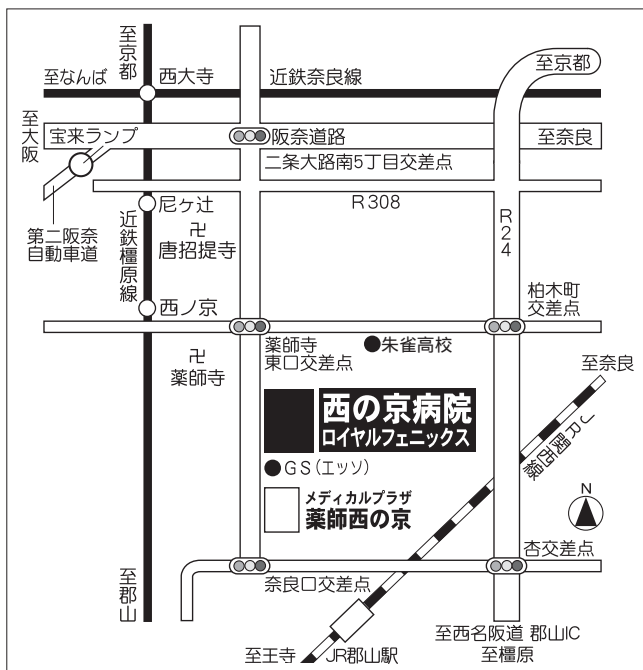
検査終了後はすぐに覚醒しますが30分ほどの休憩が必要です。

来院時は自転車・バイク・車はできるだけ控えていただきますようお願いいたします。

もし、ご自身での運転による帰宅の場合は検査終了後、1時間程度の休憩をしていただき、医師の許可が出てからの帰宅（運転）となります。

以上が注意事項となりますが何かご不明な点等ございましたら 0742-35-1215 までお問い合わせください。

●アクセス



<シャトルバス>

【運行時間】

8:00~16:00 (月~土)

【のりば】

近鉄大和西大寺駅 南口
(毎時00分、20分、40分発)

近鉄西ノ京駅近く
(毎時10分発)

JR郡山駅 西口
(毎時35分発)

近鉄郡山駅（アスモ前）
(毎時40分発)

来院時間	平成	年	月	日（ ）	午前・午後	時	分
------	----	---	---	------	-------	---	---

医療法人 康仁会 西の京病院

〒630-8041 奈良市六条町102-1

予約専用ダイヤル 0742-35-1215

（メディカルプラザ薬師西の京 アクセスセンター）

地域医療連携センター 0742-35-2219

ご紹介元	
医療機関名	
担当医師名	
住所	
電話番号	

●紹介患者様情報

氏名		性別	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
----	--	----	-----	------	----------------

●ご依頼検査

- 胃内視鏡検査 （ 経口（鎮静希望 あり・なし） / 経鼻）
 大腸内視鏡検査

●医療情報

診断名	
症状 臨床経過 検査目的 など	
抗凝固薬・ 抗血小板薬の内服	なし・あり（薬剤名： 服用中止日時 月 日より中止）
感染症の有無 ※大腸カメラ時のみ必要	HBs抗原（+・-・未検査） / HCV抗体（+・-・未検査）
既往歴 ※ブスコパン使用時に必要	なし・あり（ <input type="checkbox"/> 緑内障・ <input type="checkbox"/> 心疾患・ <input type="checkbox"/> 前立腺肥大・ <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー）
検査結果説明	検査後、まずは西の京病院にて内視鏡検査のみ説明させていただきます。その後は <input type="checkbox"/> 病理結果を含めすべて紹介元で説明する <input type="checkbox"/> すべて西の京病院で説明、治療も希望する

●大腸内視鏡を受けられる方

大腸カメラ検査は原則、一度来院して頂き下記の注意事項等の説明と確認をさせていただきますが、下剤を処方して頂けるご施設様は当院より受診者様へ直接お電話で下記の説明をさせていただくことも可能です。

- ① 下剤や洗腸剤の説明と飲み方、処方 ② 検査前の食事制限 ③ 大腸ポリープ切除の説明
 ④ 服薬確認 ⑤ 感染症検査の確認 ⑥ 検査の予約

※お手数をおかけしますが可能な場合は事前にFAXをお願い致します。（FAX 0742-35-1216）

来院時間 平成 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分

医療法人 康仁会 西の京病院

〒630-8041 奈良市六条町102-1

予約専用ダイヤル 0742-35-1215

（メディカルプラザ薬師西の京 アクセスセンター）

地域医療連携センター 0742-35-2219

ご紹介元

医療機関名

担当医師名

住所

電話番号

●紹介患者様情報

氏名		性別	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
----	--	----	-----	------	----------------

●ご依頼検査

 胃内視鏡検査（ 経口（鎮静希望 あり・なし） / 経鼻） 大腸内視鏡検査

●医療情報

診断名	
症状 臨床経過 検査目的 など	
抗凝固薬・ 抗血小板薬の内服	なし・あり（薬剤名： 服用中止日時 月 日より中止）
感染症の有無 ※大腸カメラ時のみ必要	HBs抗原（+・-・未検査） / HCV抗体（+・-・未検査）
既往歴 ※ブスコパン使用時に必要	なし・あり（ <input type="checkbox"/> 緑内障・ <input type="checkbox"/> 心疾患・ <input type="checkbox"/> 前立腺肥大・ <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー）
検査結果説明	検査後、まずは西の京病院にて内視鏡検査のみ説明させていただきます。その後は <input type="checkbox"/> 病理結果を含めすべて紹介元で説明する <input type="checkbox"/> すべて西の京病院で説明、治療も希望する

●大腸内視鏡を受けられる方

大腸カメラ検査は原則、一度来院して頂き下記の注意事項等の説明と確認をさせていただきますが、下剤を処方して頂けるご施設様は当院より受診者様へ直接お電話で下記の説明をさせていただくことも可能です。

- ① 下剤や洗腸剤の説明と飲み方、処方 ② 検査前の食事制限 ③ 大腸ポリープ切除の説明
④ 服薬確認 ⑤ 感染症検査の確認 ⑥ 検査の予約

※お手数をおかけしますが可能な場合は事前にFAXをお願い致します。（FAX 0742-35-1216）