

## 下部消化管（大腸）内視鏡検査を受けられる方へ

氏名	_____	ID	_____	様
* 1 内視鏡検査前の内科受診の日時は、				
平成____年____月____日(____) ____時____分 です。				
【 「診療情報提供書(紹介状)」 もしくは「健診結果」 「保険証」 】				
をお持ちになり、総合受付にお越しください。				
* 2 内視鏡検査日時は、				
平成____年____月____日(____) です。				
来院時間等は、* 1 内科受診時の指示に従ってください。				

- \* 内視鏡検査を安全かつスムーズに受けていただくために、皆様には \*  
以下の点につきましてご注意ください。 \*  
\* 検査中に医師が必要と判断される場合は、組織を一部採取すること \*  
があります。

- 
- 血圧、心臓病の薬を服薬している方は、早朝に服用してください。
  - 糖尿病薬を内服あるいは注射している方は、当日の朝は中止してください。
  - 抗凝固剤を服薬している方は、検査4日前より中止してください。  
(詳しくは、主治医の先生にご相談ください。)
  - ニフレックを自宅で内服される方は、必ず自宅にどなたかが居られるときに内服してください。(副作用が現れると、1人では対応困難な場合があります。)

※ 検査内容により検査開始時間が前後することがありますが、ご了承ください。

検査の予約変更、もしくはその他の問い合わせは、  
**地域連携室（電話 042 - 752 - 2025）**へ  
連絡をお願いします。(月～金 8:30～17:15)