



내시경 검사 문진표

20 년 월 일

등록번호 :
 성명 / 나이 :
 생년월일 :

키 : cm 몸무게 : kg 종검 공단 외래 일반 의식하진정

1. 내시경 검사를 해보신적 있습니까?

예 최근 위내시경 (본원, 타원) _____ 년도 아니오

2. 마지막 음식(음식물 섭취)시간을 적어주세요.

3. 다음에 해당하는 경우 또는 최근 앓고 있는 질환이 있는 경우 체크해주세요.

있음

- 고혈압 당뇨 임신, 모유수유
- 전립선 비대 녹내장 신장투석 (오른팔, 왼팔)
- 출혈성질환 (혈우병, 자반증) 감염성질환 (간염, 결핵, 성병, 에이즈)
- 호흡기질환 (만성폐쇄성폐질환, 천식, 결핵, 폐암)
- 심장질환 (부정맥, 협심증, 심부전, 인공심장박동기)
- 기타 _____

없음

4. 수술하신 적 있습니까? 다음에 해당하는 수술하신 경우 체크해주세요.

있음

- 산부인과 수술 유방 수술(오른쪽, 왼쪽)
- 복부 수술 (암, 맹장, 탈장, 치질, 천공) 기타 _____

없음

5. 현재 복용하고 계신 약이 있으면 해당사항에 체크해주세요.

있음

- 혈압약 당뇨약 심장약 혈액순환제 ____일 전부터 중단
- 소염진통제 (감기약, 관절약) 기타 _____

없음

6. 다음 해당사항에 체크해주세요.

틀니 흔들리는 치아 빠진 치아 해당없음

7. 알레르기가 있습니까?

있음

- 음식물(콩, 두유, 계란 포함)_____ 약물(조영제 포함)_____

없음

8. 보호자와 함께 내원하셨습니까?

예 수검자와의 관계 _____ 연락처 _____ 아니오

내시경 검사 시 발생할 수 있는 **치아손상 및 위험성**에 대한 설명을 들었으며, 이에 대해 이해하였고 동의합니다. 추후 이의를 제기하지 않겠습니다.

성명 _____ (인)

1. 예약당일 응급환자의 검사 등의 사정으로 검사 시간이 지연될 수 있습니다.
2. 저녁 식사는 가벼운 공복식을 드시고, 물 이외에는 다른것은 드시지 마시고, 전담 저녁9시 이후에는 완전히 금식하시고, 검사당일 아침 가능한 삼키지 마시고 뱉으십시오.
3. 내시경 검사시 인두반사나 위액분비 억제를 위해 전담 lush, 담배는 금하는 것이 좋습니다.
4. 전신상태가 나빠면 고혈이 더욱 크게 느껴지므로 검사 목적이 정기검진을 위한 경우라면 감기나 편도선염 등이 있을 때는 검사를 연기하여 상태가 나아졌을 때 시행하는 것이 좋습니다.
5. 검사 당일에는 공전은 절대 피하시고 몸에 부착된 귀금속은 집에 두고 오시며 가능하면 보호차와 함께 내원하십시오.
6. 음식에 신장병, 호흡기병(천식 등), 간질환 등이 있는 경우 검사전에 미리 양려 주십시오.
7. 검사전에는 의치를 전부 빼시고 벨트나 조이는 옷은 풀어 헐겁게 하여 주십시오.
8. 내시경 검사시 다음을 유의하시면 쉽게 받으실 수 있습니다.
 - * 검사시 운포감을 갖지 마십시오. 내시경검사는 아픈 것이 아니고 약간 메스꺼움 정도이고 안전한 검사입니다. 긴장해서 검사를 받으시면 몸이 굳어서 검사중 불편을 더 느끼게 됩니다.
 - * 검사중 가벼운 물과 복에 힘을 빼면 편하게 검사 받으실 수 있습니다.
 - * 검사대에 편안으로 누워 가장 편안한 자세로 의사의 지시를 따르시면 됩니다.
 - * 검사중에는 몸 전체에 힘을 빼고 호흡은 둔 상태로 코로 천천히 숨을 들여 마시고 입으로 내쉬는 복식호흡을 하시면 됩니다.
 - * 검사중에는 명안에 고이는 침이나 구토물을 삼키지 마시고 입 밖으로 흐르게 두시면 됩니다.
9. 검사후 복에 가래가 걸린 듯한 느낌이 심하게 기침을 해서 뱉으려 하는데 30~40분 후 마취가 풀리면 나아지게 되므로 가볍게 헹구시면 됩니다.
10. 검사가 끝난 후 식사는 30~40분이 지난 후 드시도록 하며 조직 검사를 받으신 분은 3~4시간 후 부드러운 공복식을 드시도록 하십시오.
11. 검사당일 원무과에서 접수를 하지 마시고 바로 별관 3층 내시경센터로 오십시오.
12. 고희당 약은 오전 6시 이전에 드시고 오십시오.
13. 일부 아르바이트 종업원이나 치아가 아주 약해 흐를리고 계신 분들은 내시경 검사중 무의식적으로 치아에 힘을 주어 치아손상이 발생할 수 있습니다. 이런 끝들은 내시경 검사전에 미리 말씀해 주시기 바랍니다.

예약일시	20	년	월	일	오	후	시	분
------	----	---	---	---	---	---	---	---

위 내시경 검사시 주의사항

