

大腸カメラをされる方はこちらの面もご記入下さい 検査日 年 月 日

・以前に大腸カメラをしたことはありますか？ เคยทำส่องกล้องลำไส้ใหญ่หรือไม่

ない ไม่เคย ある เคย (いつ เมื่อไหร่ :) どので ที่ไหน :)

※はいの方への質問 ① その時病気は見つかりましたか？ พบโรคหรือไม่

ない ไม่พบ ある พบ (病名 Diagnosis :)

② その時 保険は使用になりましたか？ ใช้ประกันหรือไม่

使っていない ไม่ใช้ 使用した ใช้ (保険会社 ประกัน :)

■下剤の受け取りは 1 週間前までに新館 2 階の健康診断センター(～16 時まで)にお越しください

■検査前々日 年 月 日

◇水分は多めに摂ってください。

◇以下の食品は控えてください。

繊維の多い食品	海藻類(海苔／わかめ／ひじき) きのこ類(えのき／しめじ) 野菜類(トマト／たまねぎ／ネギ／とうもろこし／ごぼう／こんにゃく) 玄米、ピーナッツ など
種のあるもの	キウイ／すいか／メロン／いちご／胡麻
脂肪の多い食品	霜降り牛肉／揚げ物／バター

■検査前日 年 月 日

・全種類の野菜と果物の摂取を中止してください。

・朝食から具の入っていないおかゆ・うどん、何もぬっていない食パン、蒸しパン、具の入っていないスープ・味噌汁・ゼリー・豆腐・卵・カステラなどを食べてください。

職員記入欄 สำหรับเจ้าหน้าที่ 下剤を渡した日 วันที่ให้ยาระบาย (/ /)

渡したスタッフ ผู้ให้ยาระบาย

最後の食事時間 ทานอาหารมื้อสุดท้ายที่โมง (/ / :)

吐き気止め・セノコットを内服した時間 เวลากินยาแก้คลื่นไส้ (/ / :)

下剤を内服した時間 เวลาที่ ทานยาระบาย (/ / : ~ :)

最後の飲水時間 ดื่มน้ำครั้งสุดท้ายที่โมง (/ / :)

便の回数 ถ่ายอุจจาระกี่ครั้ง (回)

便の状態 ลักษณะอุจจาระ (Very Poor / Poor / Fair / Good)

ご本人署名

病院関係者署名