



Board Certified Gastroenterologist
1401 S. Beretania St. Suite 320
Honolulu, HI 96814
P (808) 888-0967 F (808) 888-0956

Name: _____

상부내시경 준비 안내문

성공적인 상부내시경 시술을 위해 다음의 지침을 정확히 따르시길 바랍니다. 이 지침을 정확히 따르지 않으면 다시 시술해야 하고 보험환급이 안되는 추가 비용이 발생합니다. 일정을 변경해야 하거나 질문, 그리고 문제가 있으면 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 4시까지 (808)888-0967번으로 전화주십시오. 근무시간 이후나 주말에는 의사 연락망(Physician Exchanges) (808)524-2575로 전화해서 대장과 당직 의사와의 통화를 요청하십시오.

내시경 시술일:	
체크인 시간:	시술 시간:
LOCATION: <input type="checkbox"/> ENDOSCOPY INSTITUTE OF HI 1401 S. BERETANIA ST, SUITE 200, 2ND FLOOR (808)312-6700 <input type="checkbox"/> PACIFIC ENDOSCOPY CENTER 1029 MAKOLU ST, STE H (808)456-6420	

시술 1주일 전 유의사항:

지시사항을 같이 검토하시길 원하시거나 질문이 있으시면 808-888-0967로 전화 주십시오.

피를 묽게 하는 항혈액응고제 (**blood thinners**)를 복용하시면
STOP _____ **on** _____ / _____ / _____

****간호사가 환자의 심장전문의로부터 허가를 받아 전화할 때까지 약품을 중단하지 마시오.****

- 모든 보석, 귀중품, 개인물품은 집에 놔두고 오십시오.
- 콘택트렌즈를 착용하지 마세요.
- 착탈식 틀니가 있으시면 틀니 컵을 드리겠습니다.
- ☆ 실내가 추우니 양말을 꼭 신고 오시기 바랍니다.
- ☆ 신분증과 보험카드를 지참하세요.
- ☆ 일반 의약품을 포함하여 처방약까지 현재 복용 중인 모든 약 리스트를 지참하세요.
- ☆ 다른 사전 약정이 없는 한, 일정 부담금 코페이먼트(copayment)이나 비율 부담금 (co-responsibility)는 시술 당일에 청구됩니다. 원하는 결제방식(신용카드, 개인 수표나 현금)을 가져 오십시오. 의사 진료비 및/또는 병리검사료는 별도로 청구되며 보험 청구 처리한 후 환자에게 보냅니다.
- 시술 시설에서 소요되는 예상 시간은 2-3시간입니다.
 - ★ 앞의 환자로 인한 예기치 못한 지연이 있을 수 있으니 유의하시기 바랍니다.
- 합병증이 발생할 가능성은 적지만 발생하면 추가관찰을 위해 병원에 입원해야 할 수 있습니다. 합병증은 출혈, 천공, 마취부작용이 포함될 수 있습니다.

- ☆ 감기, 발열, 기침, 콧물 등의 증상이 나타나면 **(808)888-0967**로 전화해서 시술예약을 다시 잡으십시오.

의약품 목록:

(*아래 양식을 작성 후 시술을 받는 당일에 시술센터로 가지고 오십시오*)

작성자: _____ 환자 본인 _____ 가족 _____ 기타

알레르기	반응	알레르기	반응

복용약 이름	용량	횟수	복용방법	사용 목적	최근 복용일
(example) Aspirin (예시) 아스피린	81mg 81그램	Once a day 하루 한 번	Oral 구강	Blood thinner 항혈액응고제	5am today 오늘 아침 5시
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					