

検査に関する説明・同意書

上部消化管内視鏡検査

患者 I D :

患者氏名: 様

1. 現在の病状について

胸焼け、嚥下障害、上腹部痛、吐血、タール便、食道・胃腫瘍内視鏡治療後の経過観察、胃レントゲン異常、スクリーニング検査。または（)

2. 当該診療の目的と方法（麻酔等を含む）について

<目的> 口から内視鏡を挿入して食道・胃・十二指腸粘膜を観察し、潰瘍、ポリープ、癌の有無や出血・腹痛の原因を調べます。

<方法> **検査前日の午後9時より禁食とします。** 検査当日の降圧剤・冠動脈拡張剤・抗不整脈薬・強心剤の内服は構いません。前処置として、消泡剤の服用をしていただきます。胃運動抑制、唾液・胃液分泌抑制のための注射を行う場合があります。局所麻酔薬で**咽頭麻酔**を行います。

検査時間は通常5~15分位ですが、病状や検査内容によっては延長します。必要に応じて病変を見やすくする色素散布、**生検(組織の一部を取って病理組織検査やピロリ菌検査)**、異物の除去、出血性病変の場合には止血処置などを行うこともあります。

3. 当該診療の予想される効果と不利益(有無とその程度)について

<効果> 病状の詳細な把握と治療方針の決定。

<合併症> 学会のアンケート調査によると、検査による**合併症(偶発症)の頻度は0.012%で、主なものは出血、穿孔、縦隔炎などです。死亡例は0.00076%**と報告されています。前処置に使用する局所麻酔薬には血圧低下、顔面蒼白、頻拍異常などのショック症状を認めることがあります。

その他、検査前からある基礎疾患が悪化することがあります。検査終了後に、腹部の張りや、胃や十二指腸の緊張を和らげるための注射の影響により、のどが渇いたり、目がまぶしく感じたり、尿の出が悪くなる症状を認めることがありますが、時間の経過とともに軽快します。

検査当日は自動車、バイク、自転車の運転はなさらないでください。

★合併症・偶発症が発生した場合の費用も、原則保険診療となりますのでご了承ください。

4. 当該診療方法以外の可能な診療方法とその利害得失について

胃X線検査(バリウム)があります。胃X線検査は胃の全体像や、隆起や陥没した所見を診断するのに有用な検査ですが、放射線被曝の問題があり、組織検査が出来ません。また一般的に診断精度も内視鏡検査に劣ります。

5. 当該疾患の将来予測(予後)について

検査の結果をもとに、診断、治療方法を検討します。

6. 緊急時の処置に関する同意について

症状に合わせた医学的処置を行います。緊急時は医師にご一任ください。

合併症(偶発的): 消化管穿孔、大量出血などが起きた場合には最善を尽くして処置や治療を行います。

必要があれば**輸血や緊急外科手術**を行う場合もあります。

7. その他

下記に当てはまる方は、事前に担当医へ申し出てください。

1. 局所麻酔薬およびその他の薬剤アレルギーのある方

2. 抗凝固薬や抗血栓薬を服用中の方

それらの薬剤を内服している場合、生検をするためには、あらかじめ数日～1週間程度中止していただく必要があります。内服継続の場合、原則観察のみで生検が出来ませんので必要な場合は後日再検査になります。担当医の指示に従ってください。

3. 血液透析中、出血傾向のある方

4. 妊娠中、授乳中の方

5. 腹部の手術歴のある方

6. 糖尿病でインスリン治療中の方

検査後に各個人にあわせて注意事項や指導をさせていただきます。

生検を行った場合、当日と翌日は禁酒していただきます。

検査や生検後に出血が続く場合には、タール状の黒い便がみられることがありますので、この様な時はすぐに受診されている診療科までご連絡ください。その他、何か変わった症状があればご連絡ください。

※検査当日は自動車、バイク、自転車での来院はやめてください!

8. 麻酔の有無・方法等について [無 有 (咽頭麻酔)]

説 明 日 :

説 明 者 : _____ 印 同席看護師 : _____

(自署の場合、印不要)

(自署の場合、印不要)

上記の説明を受けて、どちらかに○をつけて署名してください。

() 私は、説明を受けて内容を理解したうえ、この診療行為に同意しました。

() 私は、説明を受けて内容を理解したうえ、この診療行為に同意しません。

年 月 日

患者氏名 : _____

記 載 者 (本 人 ・ 代 筆 者)

※本人・代筆者どちらかを○で囲んでください

代筆者氏名 : _____

患者との続柄 ()

代筆者住所 : _____

代筆理由 : _____

上記の説明を受けました。

同席者氏名 : _____

患者との続柄 ()

同席者住所 : _____

検査に関する説明・同意書

上部消化管内視鏡検査

患者 I D :

患者氏名: 様

1. 現在の病状について

胸焼け、嚥下障害、上腹部痛、吐血、タール便、食道・胃腫瘍内視鏡治療後の経過観察、胃レントゲン異常、スクリーニング検査。または（ _____ ）

2. 当該診療の目的と方法（麻酔等を含む）について

<目的> 口から内視鏡を挿入して食道・胃・十二指腸粘膜を観察し、潰瘍、ポリープ、癌の有無や出血・腹痛の原因を調べます。

<方法> **検査前日の午後9時より禁食とします。** 検査当日の降圧剤・冠動脈拡張剤・抗不整脈薬・強心剤の内服は構いません。前処置として、消泡剤の服用をしていただきます。胃運動抑制、唾液・胃液分泌抑制のための注射を行う場合があります。局所麻酔薬で**咽頭麻酔**を行います。

検査時間は通常5~15分位ですが、病状や検査内容によっては延長します。必要に応じて病変を見やすくする色素散布、**生検(組織の一部を取って病理組織検査やピロリ菌検査)**、異物の除去、出血性病変の場合には止血処置などを行うこともあります。

3. 当該診療の予想される効果と不利益(有無とその程度)について

<効果> 病状の詳細な把握と治療方針の決定。

<合併症> 学会のアンケート調査によると、検査による**合併症(偶発症)の頻度は0.012%で、主なものは出血、穿孔、縦隔炎などです。死亡例は0.00076%**と報告されています。前処置に使用する局所麻酔薬には血圧低下、顔面蒼白、頻拍異常などのショック症状を認めることがあります。

その他、検査前からある基礎疾患が悪化することがあります。検査終了後に、腹部の張りや、胃や十二指腸の緊張を和らげるための注射の影響により、のどが渇いたり、目がまぶしく感じたり、尿の出が悪くなる症状を認めることがありますが、時間の経過とともに軽快します。

検査当日は自動車、バイク、自転車の運転はなさらないでください。

★合併症・偶発症が発生した場合の費用も、原則保険診療となりますのでご了承ください。

4. 当該診療方法以外の可能な診療方法とその利害得失について

胃X線検査(バリウム)があります。胃X線検査は胃の全体像や、隆起や陥没した所見を診断するのに有用な検査ですが、放射線被曝の問題があり、組織検査が出来ません。また一般的に診断精度も内視鏡検査に劣ります。

5. 当該疾患の将来予測(予後)について

検査の結果をもとに、診断、治療方法を検討します。

6. 緊急時の処置に関する同意について

症状に合わせた医学的処置を行います。緊急時は医師にご一任ください。

合併症(偶発的): 消化管穿孔、大量出血などが起きた場合には最善を尽くして処置や治療を行います。

必要があれば**輸血や緊急外科手術**を行う場合もあります。

7. その他

下記に当てはまる方は、事前に担当医へ申し出てください。

1. 局所麻酔薬およびその他の薬剤アレルギーのある方

2. 抗凝固薬や抗血栓薬を服用中の方

それらの薬剤を内服している場合、生検をするためには、あらかじめ数日～1週間程度中止していただく必要があります。内服継続の場合、原則観察のみで生検が出来ませんので必要な場合は後日再検査になります。担当医の指示に従ってください。

3. 血液透析中、出血傾向のある方

4. 妊娠中、授乳中の方

5. 腹部の手術歴のある方

6. 糖尿病でインスリン治療中の方

検査後に各個人にあわせて注意事項や指導をさせていただきます。

生検を行った場合、当日と翌日は禁酒していただきます。

検査や生検後に出血が続く場合には、タール状の黒い便がみられることがありますので、この様な時はすぐに受診されている診療科までご連絡ください。その他、何か変わった症状があればご連絡ください。

※検査当日は自動車、バイク、自転車での来院はやめてください!

8. 麻酔の有無・方法等について [無 有 (咽頭麻酔)]

説明日:

説明者:

印 同席看護師:

(自署の場合、印不要)

(自署の場合、印不要)

上記の説明を受けて、どちらかに○をつけて署名してください。

() 私は、説明を受けて内容を理解したうえ、この診療行為に同意しました。

() 私は、説明を受けて内容を理解したうえ、この診療行為に同意しません。

年 月 日

患者氏名: _____

記載者 (本人・代筆者)

※本人・代筆者どちらかを○で囲んでください

代筆者氏名: _____

患者との続柄 ()

代筆者住所: _____

代筆理由: _____

上記の説明を受けました。

同席者氏名: _____

患者との続柄 ()

同席者住所: _____

検査前問診票

(胃透視 胃カメラ 大腸ファイバー ブスコパン グルカゴン 注射なし)

患者 I D : _____ 生年月日 : _____
カナ氏名 : _____ 様 性別 : _____

「はい・いいえ」に○印を付けてください

1. 今回お受けになる検査は初めてですか は い ・ いいえ

- 「いいえ」と答えた方は、前回鎮静剤を使用しましたか は い ・ いいえ

- 「いいえ」と答えた方は、前回気分が悪くなりましたか は い ・ いいえ

2. 以下の病気と診断されたことがありますか
- 心臓病 (心筋梗塞・狭心症・心房細動・不整脈・その他) は い ・ いいえ

 - 高血圧 は い ・ いいえ

 - 糖尿病 は い ・ いいえ

 - 脳卒中 (脳梗塞・脳出血) は い ・ いいえ

 - 緑内障 は い ・ いいえ

 - 前立腺肥大 (尿が出にくい方) は い ・ いいえ

 - その他 (_____)
3. お薬についての質問です
- 現在定期的に服用している薬はありますか は い ・ いいえ

- 血液を固まりにくくサラサラにする薬を服用していますか は い ・ いいえ

- 便秘のために下剤を服用していますか は い ・ いいえ

- 薬のアレルギーはありますか は い ・ いいえ

4. 手術を受けた事がありますか は い ・ いいえ

- 「はい」と答えた方は、何の手術ですか (_____)
5. ピロリ菌の検査をした事がありますか は い ・ いいえ

- 「はい」と答えた方は、除菌はしましたか は い ・ いいえ

- 除菌をした方は、除菌は成功しましたか は い ・ いいえ

6. (女性の方) 妊娠中・授乳中ですか は い ・ いいえ

患者ID :

カナ氏名 :

様

性別 :

胃カメラ検査を 受けられる方へ

検査日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

予約時間 : 午前・午後 _____ 時 _____ 分 予約時間の**10分前**には来院してください

《 内服薬について 》

※心臓、血圧、喘息のお薬を飲んでいる方は、検査当日の朝7時までにコップ一杯（200cc）以上の水で飲んでいらしてください

薬剤名 : _____

☆検査前日

- 夕食は軽く、午後9時までに消化の良い物をお召し上がりください。それ以降は何も食べないでください。（海藻類、きのこ類、こんにゃく、繊維の多い野菜などは避けてください）
- 水分の制限は特にありません。ただし、アルコール類は飲まないでください。

☆検査当日

1. 午前検査の方

朝食は召し上がらずに来院してください。牛乳、コーヒー、ジュース類もお控えください。水、お湯、スポーツ飲料はお飲みになっても結構です。また、タバコもお控えください。

午後検査の方

朝食・昼食は召し上がらずに来院してください。牛乳、コーヒー、ジュース類もお控えください。水、お湯、スポーツ飲料はお飲みになっても結構です。また、タバコもお控えください。

※同日腹部エコーがある場合は、胃カメラ検査の2時間前まで**水のみ**お飲みください。

- 検査時に鎮静剤を投与しますので、検査当日は車、バイク、自転車の運転はできません。来院時は交通機関の利用や送迎等で来院してください。
- この予約用紙と診察券を受付窓口に提出し、エレベーターで2階内視鏡室までお越しいただき、受付で渡されたファイルを内視鏡室入り口の箱にお出しください。
- 検査当日はゆったりした服装で来院してください。
- お化粧品は控えめにし、口紅を落としてください。

※注意 ご予約の順番で検査を行いますが、検査前の処置によって順番が前後する場合がありますのでご了承ください。

検査後の注意事項

☆検査後

検査後のお食事開始時間や生活の注意事項については、内視鏡室にて説明させていただきます。

《組織検査をした場合》

- ① 検査当日のみ、アルコール・タバコ・香辛料・脂肪の多い食事は避けていただき、消化のよい食事をおとりください。
- ② 検査当日のみ湯船につからずシャワー浴のみとなります。また、運動は控えてください。
- ③ 組織検査の結果が出るまでは2週間かかります。

※本日の検査の結果は、後日ご予約の診察時に医師より説明いたします。

※ご不明な点がありましたら、お気軽にスタッフにお声をかけてください。

2階内視鏡室 案内図



医療法人弘仁会 板倉病院

TEL : 047-431-2662 (代)

外来看護部