

患者番号 _____

氏名 _____

生年月日 _____

性別 _____

上部消化管内視鏡検査は、口から太さ約 10mmの内視鏡を挿入し食道・胃・十二指腸に病気があるかどうかを調べる検査です。

- ① 検査時に病変が認められた場合には、病変部位を明瞭にするために色素を散布したり、必要に応じて生検（一部組織を採取すること）したりすることがあります。
- ② 検査当日、内服を服用されている方は、お薬手帳か内容の分かる物をお持ち下さい。内服の内容次第では、観察のみとなる場合があります。なお糖尿病以外の内服は検査当日も内服継続でお越し下さい。
- ③ 検査はのどの麻酔を行った後お腹の動きを止める薬（鎮痙剤）や必要に応じて検査を楽に受けていただくために鎮静剤を使用し行われます。なお、鎮静剤には呼吸抑制など重篤な合併症を引き起こす場合がありますため、使用するかどうかは検査担当医とよく相談してください。
- ③ 検査時間は 5 分から 15 分です。病状などにより時間のかかる場合もあります。
- ④ 検査後は鎮静剤などの効果が残る可能性があるため、検査当日は自動車や自転車などの運転をおやめください。
- ⑤ 検査後、しばらくのどの麻酔が効いているため、1 時間ほど飲食ができません。
- ⑥ 検査にて生検を行った場合、病理検査の結果が出るまで約 1 週間を要します。
- ⑦ 上部消化管内視鏡検査による偶発症が起こる可能性は以下の通りです。万が一偶発症が起こった場合には適切な処置をいたします。輸血や緊急手術が必要になることもあります。

1. のどの麻酔などの前処置薬による偶発症（全内視鏡検査）・・・0.0037%（死亡 0.000009%）
2. 検査時（内視鏡治療含む）の偶発症（出血や穿孔）・・・0.025%（死亡 0.0000016%）
（日本消化器内視鏡学会雑誌, 2010, vol 52, No.1 より抜粋）

上部消化管内視鏡検査の必要性・偶発症に十分ご理解いただき、同意署名欄に御署名ください。
また、偶発症が起きないようにするためにも、問診表にも御記入をお願いいたします。

医師氏名 _____ 印 _____ 日付 _____

患者氏名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同席者氏名 _____ 印 < _____ > 日付 _____

 上記の説明を受領しました。 上記に内容について理解し、内視鏡治療の実施を承諾致します。

代理人氏名 _____

続柄 _____

電話番号 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者番号 _____

氏名 _____

生年月日 _____

性別 _____

上部消化管内視鏡検査は、口から太さ約 10mmの内視鏡を挿入し食道・胃・十二指腸に病気があるかどうかを調べる検査です。

- ① 検査時に病変が認められた場合には、病変部位を明瞭にするために色素を散布したり、必要に応じて生検（一部組織を採取すること）したりすることがあります。
- ② 検査当日、内服を服用されている方は、お薬手帳か内容の分かる物をお持ち下さい。内服の内容次第では、観察のみとなる場合があります。なお糖尿病以外の内服は検査当日も内服継続でお越し下さい。
- ③ 検査はのどの麻酔を行った後お腹の動きを止める薬（鎮痙剤）や必要に応じて検査を楽に受けていただくために鎮静剤を使用し行われます。なお、鎮静剤には呼吸抑制など重篤な合併症を引き起こす場合がありますため、使用するかどうかは検査担当医とよく相談してください。
- ③ 検査時間は 5 分から 15 分です。病状などにより時間のかかる場合もあります。
- ④ 検査後は鎮静剤などの効果が残る可能性があるため、検査当日は自動車や自転車などの運転をおやめください。
- ⑤ 検査後、しばらくのどの麻酔が効いているため、1 時間ほど飲食ができません。
- ⑥ 検査にて生検を行った場合、病理検査の結果が出るまで約 1 週間を要します。
- ⑦ 上部消化管内視鏡検査による偶発症が起こる可能性は以下の通りです。万が一偶発症が起こった場合には適切な処置をいたします。輸血や緊急手術が必要になることもあります。

1. のどの麻酔などの前処置薬による偶発症（全内視鏡検査）・・・0.0037%（死亡 0.00009%）
2. 検査時（内視鏡治療含む）の偶発症（出血や穿孔）・・・0.025%（死亡 0.0000016%）
（日本消化器内視鏡学会雑誌, 2010, vol 52, No.1 より抜粋）

上部消化管内視鏡検査の必要性・偶発症に十分ご理解いただき、同意署名欄に御署名ください。
また、偶発症が起きないようにするためにも、問診表にも御記入をお願いいたします。

医師氏名 _____ 印 _____ 日付 _____

患者氏名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同席者氏名 _____ 印 < _____ > 日付 _____

 上記の説明を受領しました。 上記に内容について理解し、内視鏡治療の実施を承諾致します。

代理人氏名 _____

続柄 _____

電話番号 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

内視鏡検査前の注意事項

- ① 検査前日は夕食を21時までに済ませ、以後検査が終わるまで絶食してください。水・お茶など透明な水分は摂取可です。(牛乳・果汁は避けてください。)
- ② 絶食ですので当日の朝はインスリン・血糖を下げる薬は中止してください。1日でも欠かすと良くない薬(心臓・血圧・抗けいれん薬・精神安定剤など)は普段通り内服してください。
- ③ 血液を固まりにくくする薬は、継続内服の上で当日医師に内容をお伝えください。
(当日はお薬手帳か内服の内容が分かる物を持参してください)
- ④ 当日は診察券(当日対応可)・同意書・問診表を持って予約時間15分前にはお越しください。

問診票

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男性・女性 身長 _____ cm 体重 _____ kg

検査・治療を安全に行うために以下の質問にお答えください。

●内視鏡検査・治療を受けられたことがありますか？	はい・いいえ _____回目
●心臓の病気(不整脈・狭心症・心筋梗塞など)といわれたことがありますか？	はい・いいえ 病名()
●眼圧が高い(緑内障)といわれたことがありますか？	はい・いいえ
●甲状腺機能亢進症(バセドウ病)の治療中ですか？	はい・いいえ
●ヘリコバクターピロリ菌の検査・治療を受けたことがありますか？ ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか？	・はい・いいえ ・はい・いいえ・不明
●糖尿病に対して内服薬あるいはインスリンによる治療中ですか？	はい・いいえ
●上記以外で治療中の病気があればお書きください。 ()	
●現在、血液を固まりにくくする薬(血がさらさらになる薬)を飲んで いますか？	・いいえ ・内服を続けている
飲んでいる方は薬の名前に○をつけて下さい。 バイアスピリン バファリン81 プラビックス パナルジン プレタール ワーファリン プラザキサ オパルモン ペルサンチン プロレナール その他()	
●ヨードアレルギーを指摘されたことがありますか？	はい・いいえ
●キシロカイン(局所麻酔)アレルギーを指摘されたことがありますか？	はい・いいえ
●薬で気分が悪くなったり、皮疹がでたりしたことがありますか？	はい(↓)・いいえ 薬の名前()
●普段アルコールを飲みますか？	
頻度は ほぼ毎日・週3-4回程度・週1-2回程度・機会があれば・全く飲まない	
1回の飲酒量は 缶ビール 本、日本酒・焼酎 合、ワイン 杯 ウイスキー 杯	
●タバコを吸いますか？	
・吸う (1日の本数 _____本、 _____歳から)	
・以前吸っていたが止めた (1日の本数 _____本、 _____歳から _____歳まで)	
・全く吸わない	

検査における鎮静剤の使用（意識下鎮静法）の説明書・同意書

患者氏名 _____

当院では下記のような場合、検査の苦痛を和らげるため、鎮静効果（眠たくなる、あるいは眠ってしまう）のある薬剤を使用しています。

《当院における適応》

- ① 時間を要する検査や苦痛を伴う検査を行う場合
- ② 患者さんから強い希望があり、医師が必要と判断した場合
- ③ その他、医師が必要と判断した場合

《偶発症について》

適切に意識下鎮静法を行い検査・治療を施行した場合、その偶発症は非常に少ないものです。しかし、鎮静剤による重篤な偶発症として、呼吸抑制、循環抑制が起こることがあります。

鎮静剤による偶発症全体の頻度：0.0059% 死亡頻度：0.00010%
(本邦第4回全国調査 1998～2002)

この場合、酸素吸入、拮抗剤投与、蘇生処置等の最善の処置をとらせて頂きます。
尚、施行中は酸素飽和度、脈拍等をモニタリングし、偶発症を極力おこさないように安全に努めております。
鎮静剤使用下での酸素モニター測定(経皮的血中酸素飽和度測定)は自費350円となります。

《検査終了後の注意について》

鎮静剤の効果は個人差がありますが、半日くらい眠気やふらふら感が続く事もありますので、検査当日は絶対に車、バイク、自転車等の運転はしないで下さい。
また、十分に休んでからお帰り下さい。

以上をご理解の上、鎮静剤を御希望・御承諾頂ける場合は下記に御署名をお願い致します。

____年 ____月 ____日
署名医師名 _____

本日は自動車、自動二輪、自転車を含めて運転しません。

患者または親権者氏名 _____ (上記も御確認の上チェックお願いします)

検査における鎮静剤の使用（意識下鎮静法）の説明書・同意書

患者氏名 _____

当院では下記のような場合、検査の苦痛を和らげるため、鎮静効果（眠たくなる、あるいは眠ってしまう）のある薬剤を使用しています。

《当院における適応》

- ① 時間を要する検査や苦痛を伴う検査を行う場合
- ② 患者さんから強い希望があり、医師が必要と判断した場合
- ③ その他、医師が必要と判断した場合

《偶発症について》

適切に意識下鎮静法を行い検査・治療を施行した場合、その偶発症は非常に少ないものです。しかし、鎮静剤による重篤な偶発症として、呼吸抑制、循環抑制が起こることがあります。

鎮静剤による偶発症全体の頻度：0.0059% 死亡頻度：0.00010%
(本邦第4回全国調査 1998～2002)

この場合、酸素吸入、拮抗剤投与、蘇生処置等の最善の処置をとらせて頂きます。
尚、施行中は酸素飽和度、脈拍等をモニタリングし、偶発症を極力おこさないように安全に努めております。
鎮静剤使用下での酸素モニター測定(経皮的血中酸素飽和度測定)は自費350円となります。

《検査終了後の注意について》

鎮静剤の効果は個人差がありますが、半日くらい眠気やふらふら感が続く事もありますので、検査当日は絶対に車、バイク、自転車等の運転はしないで下さい。
また、十分に休んでからお帰り下さい。

以上をご理解の上、鎮静剤を御希望・御承諾頂ける場合は下記に御署名をお願い致します。

____年 ____月 ____日
署名医師名

本日は自動車、自動二輪、自転車を含めて運転しません。

患者または親権者氏名 _____ (上記も御確認の上チェックをお願いします)