

患者番号 _____

氏名 _____

生年月日 _____

性別 _____

胃カメラ検査は、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 胃カメラ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）

胃カメラ検査の必要性・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
飲んでいらっしゃる方は薬の名前に○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 オパールモン 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 _____ さん

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。

《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）