



ID: _____

上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)説明・問診用紙

予約日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

お名前: _____ 様 (ご自身でご記載下さい)

確認項目

1. 検査予定時刻の 30 分以上前に受付にお越し下さい。 この用紙も提出して下さい。
2. 前日の食事は午後 9 時までにお済ませください(夕方の検査の場合は 8 時間前までに)。当日は絶食ですが、水や透明なお茶は 1 時間前まで飲んで頂いて結構です。
3. 以下の疾患はありますか？
()狭心症・心筋梗塞、()不整脈、()ペースメーカー ()閉塞隅角緑内障、
()前立腺肥大、()褐色細胞腫
4. 歯科の**麻酔**で気分が悪くなったことがありますか(麻酔アレルギー)？ (はい・いいえ)
5. 心臓や血圧の薬は、当日も内服して下さい。糖尿病の薬は、検査当日は中止して下さい。
6. 抗血栓薬は、原則として当日も内服して下さい(別に指示があれば従ってください)。
7. 女性の方へ： 妊娠していますか？または、その可能性がありますか？ (はい・いいえ)
8. 鎮静剤をご希望される方は
 - 車・バイク・自転車などは、ご自身で運転できません。
 - 原則として、80 歳以上の方は、付き添いの方と一緒にお願いします。
 - ヒールの高い靴は転倒の危険がありますので避けて下さい。
9. 検査中には
 - 血圧を上腕で測定します。分厚い上着は脱いで頂きます。
 - 酸素濃度を測る機械を指に装着します。マニキュア等は(左右 1 本ずつの指は)外して下さい。
 - 口からのカメラの場合、口紅を落として頂き、外れやすい義歯は外して頂きます。
10. 色素検査(青や茶色の液体を散布する)をする場合があります。その場合に衣服に色素が付着する可能性がありますので、汚れてもよい服装でご来院下さい。
11. 診療の状況により検査時間が遅れたり、順番が前後する場合がございます。
12. 当院のホームページに検査内容の説明がありますので参考にしてください。

問い合わせ: お電話 073-423-7666



上部消化管内視鏡検査(胃カメラ) 説明同意書

★方法

1. 胃の中の泡を減らす水薬を飲んで頂きます。
2. 鎮静剤を使用する場合、血管注射をします。
3. のどや鼻に麻酔をかけます(麻酔の水などを使用します)。
4. 内視鏡を口または鼻から挿入し、食道・胃・十二指腸を観察します。
病変があれば、病変や粘膜の一部をつまみ取り、組織検査をします。



★偶発症 日本消化器内視鏡学会によるアンケート調査によると、

出血・裂創・穿孔など何らかの偶発症:1500 人に 1 人 検査による死亡:0 (過去 50 万人に 1 人とのデータも存在)
鎮静剤による死亡: 8 万人に 1 人 のどの麻酔による死亡:0 (アレルギー等の偶発症はあり得ます)

★経口内視鏡、経鼻内視鏡について

口からのカメラは 1cm 程度の太さです。画質や操作性が良いこと、比較的早く検査が終わることが長所ですが、嘔吐反射があることが短所です。鼻からのカメラは 6mm 程度です。嘔吐反射が少なく鎮静剤が不要であるため院内滞在時間が短く、運転も可能なことが長所ですが、画質や操作性がやや劣り、少し時間がかかることが短所です。ピロリ菌感染があった方や、内視鏡治療歴がある方では、精細な観察が望ましいため口からの内視鏡をお勧めします。

以上を理解した上で、()口からのカメラを希望します。()鼻からのカメラを希望します

★鎮静剤について

口からの検査の場合、嘔吐反射等のため検査を苦しく感じますが、鎮静剤を使用すると検査を楽に感じます。眠る方が多いですが、効き具合には個人差があります。不眠の薬やお酒を飲む場合には眠くならないことが多いです(それでも使用しないよりは楽という方が多いです)。副作用として、血圧低下や呼吸状態の悪化がありますので、検査中は血圧や血液中の酸素の量をモニターします。**※車などの運転は当日はお控え下さい。**高齢者、高度肥満の方、妊婦、重症筋無力症、閉塞隅角緑内障などの方は鎮静剤が使用出来ないこともあります。

以上を理解した上で、鎮静剤を:()希望します。()希望しません。

★抗血栓薬(血をサラサラにする薬)について

日本消化器内視鏡学会のガイドラインに基づき、観察は抗血栓薬を内服したまま行います。内服が 1 剤の場合は原則として生検も行います。抗血栓薬の中止により、抗血栓薬を必要とする疾患が悪化することが懸念されるためです。ただし出血するリスクが少し上がります。場合により高次医療機関をご紹介します。

上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)につき、上記説明文を理解しました。その上で、検査の実施を希望します。なお緊急の場合または医学上の必要性がある場合、他の必要な処置を受けることも同意します。

年 月 日 氏名