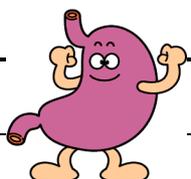


上部消化管内視鏡検査問診票		検査日 年 月 日	
お名前 (歳) 男・女			
胃の内視鏡検査 : 初めて ・ 2回目 ・ それ以上			
あてはまるものを○で囲んでください			
1. 不整脈、心臓の病気がある (病名)		はい ・ いいえ	
2. 糖尿病がある		はい ・ いいえ	
3. 眼圧が高い (緑内障)		はい ・ いいえ	
4. 尿がでにくい (前立腺肥大)		はい ・ いいえ	
5. 麻酔の注射で気分が悪くなった (キシロカインアレルギー)		はい ・ いいえ	
6. お腹の手術を受けた (部位)		はい ・ いいえ	
7. 今までにピロリ菌の検査を受けたことがある はいの場合 結果はどうでしたか		はい ・ いいえ 陽性 ・ 陰性	
8. 7で陽性の方 ピロリ菌の除菌治療をしたことがある はいの場合 除菌に成功しましたか (年前)		はい ・ いいえ はい ・ いいえ	
9. 血をサラサラに (固まりにくく) する薬を飲んでいる はいの場合当てはまるものにチェックをしてください <input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> ペルサンチン <input type="checkbox"/> オパルモン <input type="checkbox"/> セロクラール <input type="checkbox"/> バイアスピリン <input type="checkbox"/> エパデール <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> タケルダ <input type="checkbox"/> パナルジン <input type="checkbox"/> ロコナール <input type="checkbox"/> ドルナー <input type="checkbox"/> ケタス <input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> アンプラーグ <input type="checkbox"/> リクシアナ <input type="checkbox"/> エリキユース <input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> その他()		はい ・ いいえ	
*中止する場合、いつから中止する予定ですか? (月 日から)			
*今回、鼻からの内視鏡検査を受けられる方は、以下もお答えください			
鼻からの内視鏡検査 : 初めて ・ 2回目 ・ それ以上			
あてはまるものを○で囲んでください			
1. 鼻血がしやすい		2. 鼻の手術を受けた	
3. アレルギー性鼻炎がある		4. 鼻の通りが悪い方がある (右・左)	
内視鏡検査でご心配なことはありますか? ()			

*当日はお薬手帳をご持参ください

検査担当医師記載欄

ブチルスコポラミン臭化物・グルカゴン・鎮痙剤なし	プロナーゼ使用	可・不可	サイン
キシロカイン使用	生検	可・不可	

高島市民病院 検査説明書【注1】(依頼医療機関保管用)

患者様氏名	様
検査名	上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ)
日程【注2】	検査年月日 ※後ほど別途ご案内致します。
所要時間	10分 程度
検査の目的	内視鏡を経口的または経鼻的に挿入し上部消化管 (食道・胃・十二指腸の一部) の内腔を観察することで、さまざまな疾患の診断を行います。必要により、組織検査 (生検) も行います。
検査の方法 予想される危険性・合併症と対処方法	<p>前処置：消泡剤と粘液除去剤を内服します。治療中の疾患や既往症に合わせて、消化管の運動を抑える薬剤の注射を行います。経口的な挿入の場合はスプレーによる咽頭麻酔、経鼻的な挿入の場合は出血予防のための血管収縮剤点鼻の後にスティックによる鼻腔麻酔を行います。合併症の主なものとしては極々まれに麻酔薬アレルギーや鎮痙剤による副作用があります。</p> <p>検査：上部消化管内視鏡検査に伴う合併症の発生頻度は経口的挿入で0.005%、経鼻手的挿入で0.024%と報告されています。</p> <p>合併症の主なものとしては、粘膜からの出血や裂創、穿孔などがあります。上記のような合併症が発生した際には、内視鏡処置や緊急手術も含めた最善の対応を行います。 <small>(参考：消化器内視鏡関連の偶発症に関する第6回全国調査報告)</small></p>
その他	

【注1】高島市民病院では原則として、侵襲を伴う検査については検査説明書に沿って説明を行なっています。

(採血検査や単純レントゲン撮影等は除きます。緊急でやむをえない場合なども除きます。)

【注2】検査の日程は現時点での予定であり、患者様のご了解を得た上で、変更することもあります。

私は、上記の通り、検査の必要性、危険性、合併症などについて説明しました。

医療機関名 _____ 医師氏名 _____ 印
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 立会人氏名 _____

高島市民病院院長殿

上記の説明の内容について (いずれかを○で囲んで下さい)	
1.	わかりました。納得して同意します。検査中に処置が必要な場合は、処置も同意します。
2.	わかりましたが、同意しません。
3.	よくわかりませんでしたので、同意しません。
年 _____ 月 _____ 日	患者様ご本人の署名 _____
	または患者様のご家族等の署名 _____ (続柄: _____)
	(父母、親権者、配偶者、兄弟姉妹、保護義務者、法定代理人、その他)

スキャナー取り込み者印 (_____)

高島市民病院 検査説明書【注1】(患者様用)

患者様氏名	様
検査名	上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ)
日程【注2】	検査年月日 ※後ほど別途ご案内致します。
所要時間	10分 程度
検査の目的	内視鏡を経口的または経鼻的に挿入し上部消化管 (食道・胃・十二指腸の一部) の内腔を観察することで、さまざまな疾患の診断を行います。必要により、組織検査 (生検) も行います。
検査の方法	前処置：消泡剤と粘液除去剤を内服します。治療中の疾患や既往症に合わせて、消化管の運動を抑える薬剤の注射を行います。経口的な挿入の場合はスプレーによる咽頭麻酔、経鼻的な挿入の場合は出血予防のための血管収縮剤点鼻の後にスティックによる鼻腔麻酔を行います。合併症の主なものとしては極々まれに麻酔薬アレルギーや鎮痙剤による副作用があります。
予想される危険性・合併症と対処方法	検査：上部消化管内視鏡検査に伴う合併症の発生頻度は経口的挿入で0.005%、経鼻手的挿入で0.024%と報告されています。 合併症の主なものとしては、粘膜からの出血や裂創、穿孔などがあります。 上記のような合併症が発生した際には、内視鏡処置や緊急手術も含めた最善の対応を行います。 <small>(参考：消化器内視鏡関連の偶発症に関する第6回全国調査報告)</small>
その他	

【注1】高島市民病院では原則として、侵襲を伴う検査については検査説明書に沿って説明を行なっています。

(採血検査や単純レントゲン撮影等は除きます。緊急でやむをえない場合なども除きます。)

【注2】検査の日程は現時点での予定であり、患者様のご理解を得た上で、変更することもあります。

私は、上記の通り、検査の必要性、危険性、合併症などについて説明しました。

医療機関名 _____ 医師氏名 _____ 印
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 立会人氏名 _____

高島市民病院院長殿

上記の説明の内容について (いずれかを○で囲んで下さい)	
1.	わかりました。納得して同意します。検査中に処置が必要な場合は、処置も同意します。
2.	わかりましたが、同意しません。
3.	よくわかりませんでしたので、同意しません。
_____ 年 _____ 月 _____ 日	患者様ご本人の署名 _____
	または患者様のご家族等の署名 _____ (続柄： _____)
	(父母、親権者、配偶者、兄弟姉妹、保護義務者、法定代理人、その他)

スキャナー取り込み者印 (_____)