

福岡記念病院 上部消化管内視鏡(胃カメラ)検査予約申込書

地域医療連携室直通 FAX 092-821-4773

受付時間 (平日) 8時 30分 ~ 16時 30分 (土曜日) 8時 30分 ~ 11時 30分

< 本予約申込書 と 診療情報提供書 をお送り下さい >

紹介元医療機関名

医師名

TEL

FAX

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 60 年 9 月 1 日
住所 〒		
電話番号		
福岡記念病院での受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	診察券の番号	

検査 第1 希望日	年	月	日
検査 第2 希望日	年	月	日

予約時間は当院で決定させていただきますので、ご了承下さい。

***** 問診欄 (必ずご記入下さい) *****

鎮静希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の方 車・バイク・自転車等を運転しての来院はご遠慮頂き、可能な限り、 付き添いの方とご来院下さい。 当日、医師による問診の結果、鎮静不可と判断する場合がございます。
抗凝固薬、抗血小板薬の服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の方は薬剤名をご記入ください。

抗血栓剤について

- ① アスピリン など、抗血小板薬1剤 の場合は休薬なく生検可能です。
- ② 抗血栓剤2剤 以上の場合は原則として生検できません。
- ③ ワーファリン錠 は1週間以内の PT-INR が 2.5以下 であれば生検可能です。
(待ち時間が生じますが、当日に当院で PT-INR 測定は可能です。)
- ④ DOAC (プラザキサ、イグザレルト、エリキュース、リクシアナ) は休薬なく生検可能ですが、
検査の 5時間以上前までに内服、或いは当日朝のみ休薬をお願いします。

福岡記念病院 地域医療連携室

〒814-8525 福岡市早良区西新1丁目1-35

TEL 092-821-7446 (直通) FAX 092-821-4773 (直通)

上部消化管（食道・胃・十二指腸）内視鏡検査の説明と同意書

私は、患者 _____ 様（又は代理人）に対して検査の目的・方法、偶発症について次のように説明致しました。

<目的・方法>

この検査はあなたの消化管の中を内視鏡（胃カメラ）で観察し、診断を行う方法です。検査中に異常が疑われた時や、あなたの消化管の状態をより詳しく把握するために必要に応じて次のような事が行われる場合があります。

- 1) 病変部位に色素液（インジゴカルミン・ヨド[®]など）を噴霧し、病変の性状をより詳細に検討します。
- 2) 粘膜の一部を採取し、がんの診断およびピロリ菌感染症の診断を行います。（注：抗血栓薬服用中の方など組織検査ができない場合があります。）
- 3) 顕著な出血が見られた場合には止血処置を行う場合があります。

<偶発症>

検査による偶発症としては、前処置の薬剤（塩酸ト[®]カイン）によるアレルギーやショック、鎮痙剤（臭化ブチルスコ[®]ポラミンなど）による心筋梗塞・狭心症発作、緑内障発作、尿閉、鎮静・鎮痛剤（ミダゾラム・塩酸ペ[®]チジンなど）使用時における呼吸抑制・血圧低下、内視鏡や処置具（生検鉗子）で粘膜が傷つく事による出血・穿孔などが報告されています。

これらの偶発症については（全国統計 0.012%）起こらないように細心の注意を払って、検査を行っておりますが、0%にはできません。

尚、このような偶発症を起こさないためにも問診表の記載を確実に行って頂けます様ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

万一にも偶発症が生じた時は全力を尽くして対処させて頂きますが、軽い場合は内科的に、重い時は手術的治療がなされる場合があります。

※ ピロリ菌感染症の検査は内視鏡以外に呼気・血液・尿・便などがあります。

年 月 日

説明医師 _____ (印)

同席者 _____

私は、今回の内視鏡検査についてその目的・方法、偶発症等について十分な説明を受け理解できましたので、検査の実施を承諾致します。

尚、実施中に緊急の処置を行う必要性が生じた場合には、適宜処置される事についても承諾致します。

※ 内視鏡下でのピロリ菌の検査を 希望 します しません

令和 年 月 日

患者又は代理人 署名 _____ (印)

続柄 _____

住 所: _____

電話番号: _____

福岡記念病院 上部消化管内視鏡(胃カメラ)検査で 注意していただくこと

- 1 当日は必ず「健康保険証」、「ご案内用紙(問診表、同意書)」をお持ちになって、**検査予定の30分前までに受付を済ませて下さい。**
同意書のサインは検査当日に医師の説明を受けた後で記入をお願いします。
- 2 検査前日は、夕食後絶食・禁煙です。
夕食はなるべく午後8時までに済ませて下さい。
- 3 検査当日は朝食を抜いて下さい。
水やお茶などの水分はコップ2杯位までは飲まれてもかまいません。
高血圧・不整脈で薬を内服されている方は普段通り内服されて下さい。
(抗凝固剤など、その他の内服薬については主治医の先生にご相談されて下さい。)
- 4 当日は、検査が受けやすいように、ゆったりとした服装でお越し下さい。
- 5 検査時の注射の影響が残る事がありますので検査を受けられる方は、
自転車・自動車の運転での来院は避けて下さい。
- 6 検査後1時間は絶飲食・禁煙です。
- 7 検査の都合により、多少順番が前後することがありますのでご了承下さい。

福岡記念病院 地域医療連携室

〒814-8525 福岡市早良区西新1丁目1-35

TEL 092-821-7446 (直通) FAX 092-821-4773 (直通)

内 視 鏡 検 査 問 診 表

お名前()

記載日: 年 月 日

1. 当院での内視鏡検査は何回目ですか? [初回 2回以上(回目)]
2. 鎮静剤を使用した検査を希望しますか? [はい いいえ]
3. ピロリ菌の除菌療法を受けたことはありますか? [はい いいえ]

4. 下記の項目に該当している方は○印をして下さい。

緑内障といわれた事のある方	[]
普段から血圧の高い方(血圧150mm/Hg以上)	[]
血圧の薬を日頃飲んでいる方	[]
心臓の病気をお持ちの方(心筋梗塞、狭心症、不整脈など)	[]
抗凝固剤・抗血小板剤(血液をサラサラにする薬)を飲んでいる方	[]
尿の出にくい方(前立腺肥大症など)	[]
アレルギー体質・薬に過敏な方(ピリン、ペニシリン、ヨードなど)	[]
喘息・慢性閉塞性肺疾患など呼吸器疾患で治療中の方	[]
糖尿病で治療中の方	[]
肝臓の病気をお持ちの方(B型、C型肝炎、肝硬変など)	[]
梅毒、肺結核にかかったことのある方	[]
今までに歯科の麻酔で具合が悪くなった事のある方	[]
その他、気になることがあればお書きください。	[]

ご連絡先

予約の変更、取り直し	福岡記念病院 地域医療連携室
検査についてのお問い合わせ	(092)821-7446

※ 都合で受けられない時は、必ず連絡ください。