

上部消化管内視鏡検査を受けられる患者様へ

検査の目的

上部消化管とは食道・胃・十二指腸を指します。これらの部位にできる病気(炎症、潰瘍、ポリープ、癌など)を見つけるための検査です。

検査の方法

まず、胃の中を見やすくするシロップを飲んでから、のどをゼリー状の麻酔薬で麻酔します。ご希望により、より楽に検査が受けられるように鎮静剤の注射をして少し眠くなった状態にします。

内視鏡(太さは直径 9~10mm)を口から挿入し、上部消化管を観察します。診断を確かめるために色素をまいたり組織を採取したりすることがあります。特に痛みはありません。血を固まりにくくする薬を飲んでいるときには、原則的に組織採取はしません。

検査終了後、のど麻酔や鎮静剤の効果がある程度とれるまで回復室で休んでいただきます。

鎮静剤の使用について

鎮静剤の効果は人によって違いますが、半日くらい眠気やふらつきが続くことがあります。検査当日は絶対に車、バイク、自転車の運転をしないでください。ご自分で運転して来院された方には鎮静剤を使用できません。また、ご高齢の方はご家族が付き添ってくださることをお願いいたします。

鎮静剤を希望されるか否かを、同意書のご本人署名欄のすぐ下にお書きください。

検査の偶発症

この検査では、のどの麻酔薬によるショック、内視鏡操作によって起こる粘膜障害・出血・穿孔などが主な偶発症です。鎮静剤を使用した場合、血圧低下や徐脈、呼吸数減少や呼吸停止などを起こすことがあります。日本消化器内視鏡学会が調査した全国集計によると、偶発症の頻度は 0.012%、死亡率は 0.00076%でした。検査は細心の注意を払って行われますが、万一、偶発症が発生したときは状況に応じて最善の対処をいたします。

以上、ご理解・納得をいただき、内視鏡検査を受けることに同意されましたら、同意書にご署名のうえ、外来患者様は検査当日に検査受付へ、入院患者様は担当医か看護師へ御提出ください。この他、疑問点がございましたら担当医にお尋ねください。

説明年月日 : 平成 年 月 日

説明医師 :

新横浜リハビリテーション病院 内視鏡室

上部消化管内視鏡検査 問診票・同意書

新横浜リハビリテーション病院

説明年月日：平成 年 月 日

説明医師：

氏名 殿 (生年月日:)

内視鏡検査をお受けになる方は、以下の質問に 印をご記入し、検査当日、この用紙をお持ち下さい。

1. 今までに内視鏡検査(胃カメラ)を受けられたことがありますか？

はい いいえ

2. 歯医者さんなどで麻酔の注射を受けて具合が悪くなったことがありますか？

はい いいえ

3. お薬のアレルギーを起こしたことがありますか？ メントール(ハッカ)にアレルギーはありますか？

はい(お薬名:) いいえ ある ない

4. 次の病気で言われたことのあるものに 印をつけて下さい。

狭心症 心筋梗塞 高血圧 糖尿病 気管支喘息 肝硬変 血小板減少症

脳梗塞 脳血栓 慢性動脈閉塞症 緑内障 前立腺肥大症 高脂血症

その他()

5. 次のような抗凝固剤、抗血小板剤など血液をサラサラにする薬を飲んでいたら 印をつけて下さい。

ワーファリン、バップアリン、アスピリン、バイアスピリン、エパデール、パナルジン、

プレタール、プロサイリン、ドルナー、プロレナール、オパルモン

その他()

その薬をいつまで飲んでいましたか？

年 月 日まで飲んでいた。

(6と7は経鼻で受けられる方のみ、お答え下さい。)

6. ふだんお鼻の通り具合はどうですか？

右がつまりやすい、左がつまりやすい、両方つまりやすい、特に意識していない

7. 今までにお鼻の病気にかかったことがありますか？

はい (鼻ポリープ 鼻茸 花粉症 アレルギー性鼻炎 副鼻腔炎 鼻中隔彎曲症 その他)

いいえ

8. 特にお体の不自由なところや、何か不安・心配なことがあればお書き下さい。

9. 今回の検査内容につき、ご理解・納得をいただき、内視鏡検査を受けることに同意されましたら、下にご署名してください。

平成 年 月 日 氏名 _____

10. 鎮静剤の使用を

希望する 希望しない

上部消化管内視鏡検査のご案内

☆再来受付機にて診察受付後、予約時間の15分前までに1階の再来受付に予約票と診察券をお出してください。

検査前日および当日は以下のことにご協力ください。

| | |
|---------|--|
| 前日 | <ol style="list-style-type: none">1. 夕食は19:00までに済ませてください。飲水はしてもかまいません。2. お酒やタバコはおやめください。 |
| 当日 | <ol style="list-style-type: none">1. 食事をとることはできません。水分は検査の2時間前までは適度にとってください。水分は水かお茶にしてください。 タバコはおやめください。 心臓や高血圧の薬は7:00までに飲んでください。2. 鎮静剤を使用することがあるので、車・バイク・自転車を運転して来ないでください。3. 検査の内容により予約時間が遅れる場合がございます。4. 検査時、義歯がある方ははずして頂きますので、ご了承ください。5. 説明書の内容をよくお読みいただき、ご理解・納得したうえで、検査をお受けください。 |
| 検査後 | <ol style="list-style-type: none">1. のどのしびれがとれるまで、飲食はしないでください。2. 眠気を催すことがありますので、帰りの歩行には十分注意してください。3. 検査終了後に「上部消化管内視鏡検査後の注意事項」をお渡ししますので、内容をご確認ください。 |
| その他注意事項 | <ol style="list-style-type: none">1. 問診票に記入していただき、その他気になることがあれば検査前に看護師にお申し出ください。2. 写真のプリントが欲しい方は、検査終了時にお申し出ください。 |

お願い：都合により来院できない場合、またはご不明な点がございましたら下記までご連絡ください。

新横浜リハビリテーション病院

045-474-5511 (代)

検査予約手順

電話予約窓口：新横浜リハビリテーション病院
045 - 474 - 5511

- 単純CT** 検査予約票(2枚つづり)に、検査日時、患者様氏名、生年月日、性別、年齢、貴院名、先生のお名前を2枚全部にお書き下さい。
CT撮影部位、CT結果を選んで頂き「臨床診断」「既往歴、及び現状」「検査目的、及び希望」を2枚目にお書き下さい。なお、2枚目をコピーして頂き、控えとして保管して下さい。
食事：頭部 普通食
胸部 普通食
腹部 AM検査は朝食禁、PM検査は昼食禁(少量の水・お茶は30分前までOK)
1枚目に をお願いします。
蓄尿：骨盤腔を含む場合は検査2時間前より蓄尿もお願い致します。
検査当日、患者様には、検査予約票(1枚目と2枚目)・健康保険証・診察券(当院の診察券をお持ちの方)及び「紹介状」をご持参の上、正面受付に*い*お越し下さるようお願い致します。
- 造影CT** 上記、単純CTの書類に加え、「造影検査の説明・同意書」「造影検査問診票」をご記入のうえお持ち下さるようお願い致します。
食事：全ての部位にて、AM検査は朝食禁、PM検査は昼食禁(少量の水・お茶は30分前までOK)
1枚目に をお願いします。
尚、副作用軽減のため検査2時間前に必ずコップ1杯分(200ml以上)の水分を摂取して下さい。
- エコー**
(腹部) 検査予約票(2枚つづり)に、検査日時、患者様氏名、生年月日、性別、年齢、貴院名、先生のお名前を2枚全部にお書き下さい。
(心臓) エコー部位を選んで頂き「臨床診断」「既往歴、及び現状」「検査目的、及び希望」を2枚目にお書き下さい。なお、2枚目をコピーして頂き、控えとして保管して下さい。
(体表) 患者様に各種「エコー説明書」をお渡し頂き、説明をお願い致します。
(頸動脈) 検査当日、患者様には、検査予約票(1枚目と2枚目)・健康保険証・診察券(当院の診察券をお持ちの方)、「エコー説明書」及び「紹介状」をご持参の上、正面受付に*い*お越し下さるようお願い致します。
- 上部内視鏡**
(経鼻) 検査予約票(2枚つづり)に、検査日時、患者様氏名、生年月日、性別、年齢、貴院名、先生のお名前を2枚全部にお書き下さい。
(経口) 内視鏡の方法を選んで頂き「臨床診断」「既往歴、及び現状」「検査目的、及び希望」を2枚目にお書き下さい。なお、2枚目をコピーして頂き、控えとして保管して下さい。
「経鼻」又は「上部消化管内視鏡を受けられる患者様へ」にて説明をして頂き、「問診票・同意書」にご記入下さい。
検査当日、患者様には、検査予約票(1枚目と2枚目)・健康保険証・診察券(当院の診察券をお持ちの方)、「経鼻」又は「上部消化管内視鏡を受けられる患者様へ」、「問診票・同意書」及び「紹介状」をご持参の上、正面受付に*い*お越し下さるようお願い致します。
- 胃透視** 検査予約票(2枚つづり)に、検査日時、患者様氏名、生年月日、性別、年齢、貴院名、先生のお名前を2枚全部にお書き下さい。
胃透視を選んで頂き「臨床診断」「既往歴、及び現状」「検査目的、及び希望」を2枚目にお書き下さい。なお、2枚目をコピーして頂き、控えとして保管して下さい。
「胃透視検査を受けられる方へ」「胃透視検査のご案内」にて説明をして頂き「問診票・同意書」にご記入下さい。
検査当日、患者様には、検査予約票(1枚目と2枚目)・健康保険証・診察券(当院の診察券をお持ちの方)、「胃透視検査を受けられる方へ」、「問診票・同意書」及び「紹介状」をご持参の上、正面受付に*い*お越し下さるようお願い致します。

【検査予約時間】

| | | | | | | |
|------|-------|---------------|----------------|-----|-------|---------------|
| 単純CT | 月～金 | AM 9:00～12:30 | PM 14:00～15:45 | 内視鏡 | 月・火・木 | AM 9:00～12:30 |
| | 土 | AM 9:00～11:45 | | | 土 | AM 9:00～11:45 |
| 造影CT | 月～金 | AM 9:00～12:30 | | 胃透視 | 月～金 | AM 9:00～12:30 |
| | 土 | AM 9:00～11:45 | | | 月・金の | 11:00以降は不可です。 |
| エコー | 月・火・金 | AM 9:00～12:30 | PM 14:00～15:45 | | 土 | AM 9:00～11:45 |
| | 土 | AM 9:00～11:45 | | | | |