

患者様へ 内視鏡検査に関する注意事項

(全部で4ページあります)

聖光ヶ丘病院

内視鏡センター：04-7171-2562

病院代表

：04-7171-2023



1 ページ	患者様へ 内視鏡検査に関する注意事項	検査に関する注意点です。内容をご確認ください。
2 ページ	上部内視鏡検査 問診票	ご記入の上、当日お持ちください。
3 ページ	上部内視鏡検査 承諾書	事前にお読み頂き、署名して当日お持ちください。
4 ページ	鎮静剤投与の説明および同意書	事前にお読み頂き、署名して当日お持ちください。
	検査予約受付票	おかけの医療機関からお受け取り下さい。検査当日 当院受付にお渡しください。

持ち物

- ① 健康保険証とお薬手帳
- ② 「上部内視鏡検査 問診票」
- ③ 「上部内視鏡検査 承諾書」
- ④ 「内視鏡検査：鎮静剤投与の説明および同意書」
- ⑤ 「検査予約受付票」

前日と当日の注意点

- ① 前日の夕食は消化の良いものにし、午後 8 時以降検査終了までは禁食となります。検査の 1 時間前まででしたら、水やスポーツドリンクはお飲みになれます。
- ② 降圧薬を服用している方は、朝 7 時までにお飲み下さい。
- ③ 検査当日はタバコをおやめ下さい。
- ④ 検査当日は楽な服装でおいでください。入れ歯の方は外していただきます。口紅はふき取っていただきます。マニキュアも事前に落としてください。
- ⑤ 検査時に使用する薬（麻酔薬等）により、検査後車の運転ができませんので、来院時は公共交通機関をご利用ください。

検査結果について

- ① 生検、ピロリ菌のチェックをした場合や鎮静剤を使用した場合は 1～2 週間後に当院再度診察にお越しいただき、検査結果ご説明・返信のお手紙をお持ち帰りいただきます。
- ② 上記以外の場合は、検査当日に検査結果ご説明、ご紹介元の医療機関宛のお手紙を患者様にお持ち帰りいただきます。

予約の変更、キャンセルについて

- ① ご都合が悪くなった場合は、内視鏡センター（04-7171-2562）までお電話にてご連絡をお願いします。依頼元医療機関へのご連絡は患者様よりお願い致します。

麻酔アレルギー等の確認

- ① 過去に内視鏡検査に伴う鎮静剤、麻酔等でアレルギー症状があった方は必ず申し出てください。

上部内視鏡検査 問診票

____月____日 記入 患者様氏名：_____

以前に胃内視鏡検査を受けたことがありますか？	はい	いいえ	不明
「はい」の方はいつ頃、どちらで受けられましたか？ (_____ 年 _____ 月頃) (_____)			
静脈注射による鎮静剤を希望されますか？ *鎮静剤ご希望の方は当日乗り物の運転はできません	はい	いいえ	相談
ヘリコバクター・ピロリ菌は発癌危険因子ですので保菌していれば除菌が勧められています。			
今までに検査をしたことがありますか？	はい	いいえ	不明
陽性の方は除菌の治療をしましたか？	はい	いいえ	不明
うまく除菌できましたか？ (_____ 年 _____ 月)	はい	いいえ	不明
除菌治療は血液検査と内視鏡検査結果で6ヶ月以内に行う事になっています。			
内視鏡検査の機会にピロリ菌の検査を希望されますか？	はい	いいえ	相談
*別途3割負担で約2000円、1割負担で約700円かかります。医師が必要と判断した場合には、検査することがあります。			
お薬のアレルギーはありますか	はい	いいえ	不明
「はい」の方は当てはまるものに○：ヨード系（イソジン）、造影剤、キシロカイン、アルコール 大豆、卵、その他 (_____)			
病院や歯科で麻酔を使ったことがありますか？	はい	いいえ	不明
「はい」の方は気分が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ	不明
下記の病気にかかったことがありますか？ ある場合は病名を○で囲んでください 心臓病・高血圧・脳梗塞・糖尿病・気管支喘息・結核・透析・緑内障・前立腺肥大症 その他 (_____)			
手術を受けたことはありますか？	はい	いいえ	不明
現在お薬を服用している場合、当てはまるものにチェックを入れ、それ以外はその他(_____)にお書き下さい。また問診票提出時にお薬手帳・薬説明書等も一緒にご提出下さい。			
<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> バイアスピリン <input type="checkbox"/> バファリン 81 <input type="checkbox"/> パナルジン <input type="checkbox"/> プラビックス <input type="checkbox"/> プレタール <input type="checkbox"/> ペルサンチン <input type="checkbox"/> エパデール <input type="checkbox"/> アンプラーグ <input type="checkbox"/> オパールモン <input type="checkbox"/> その他(_____)			
身長	_____ cm	体重	_____ kg
女性の方のみお答え下さい	妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ
	現在授乳中ですか？	はい	いいえ

670-P-201905

上部内視鏡検査 承諾書

当院では、皆様の安全で正確な内視鏡検査を心がけております。
いくつかの点に関して検査前に確認がございますので、必ずお読みください。

I. 検査の目的・方法

上部内視鏡検査は、口から直接内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸まで観察する検査です。これにより潰瘍・ポリープ・癌・炎症の有無を調べます。

II. 検査に伴う危険性

麻酔アレルギー

嘔吐反応を防ぐため、上部内視鏡検査の前にのどにキシロカイン麻酔を行います。まれにこの薬によるアレルギー反応がありますので、以前内視鏡検査や歯の治療で気分が悪くなったことがある方はお申し出ください。

注射

通常、検査をしやすいするために胃や腸の動きを止める薬（抗コリン剤）を使うことがあります。緑内障、前立腺肥大、心臓病、甲状腺機能亢進症の経験のある方は薬の使用を控えますので、お申し出ください。また、検査を楽にするために軽い静脈麻酔を行う場合がありますが、この薬の使用後は眠気が残ることがありますので、来院時は公共交通機関をご利用ください。

内視鏡の挿入・偶発症

この検査は体内の細い部位や曲がった部位を内視鏡が通ります。この際まれにのどや消化管粘膜を傷つけたりすることがあります。
また、検査中異常が見つかった場合に病変から小さな組織を採取する（生検）ことがあり、少量の出血を伴います。通常は自然に止血しますが、血液をサラサラにする薬（ワーファリン・パナルジン・バファリンなど）を服用中の方や、肝臓病の方では出血の危険が増します。この場合、組織検査を控えることがありますので、お申し出ください。

学会による集計では上部内視鏡検査による偶発症（ショック・出血・穿孔など）の発生頻度は0.062%で、約2000回の検査に1件となっております。このような偶発症を起こさないように細心の注意を払って内視鏡検査を行います。万が一緊急事態が生じた場合には当院医師はその解決に責任を持ってあたります。

聖光ヶ丘病院 院長 殿

私は、上部内視鏡検査の目的と方法、危険性に関して上記の記載事項を読み、担当医師の説明を受けて了承しました。

令和 年 月 日

患者名 _____ 代理人名 _____ 続柄【 _____ 】

緊急連絡先電話番号 (1) _____ 続柄【 _____ 】

(2) _____ 続柄【 _____ 】

内視鏡検査：鎮静剤投与の説明および同意書

○鎮静剤について

当院の内視鏡ではご希望により静脈注射による鎮静剤を使用することが可能です。鎮静剤を使用すると、うとうとしてかつ不安が減り比較的楽に検査が受けられますが、日本消化器内視鏡学会のガイドラインでは、鎮静剤は「意識下鎮静」（眠った状態に近いが大きな声で呼ばれると反応できる状態）が推奨されていますので、浅い睡眠状態とお考えください。この事をご了承の上、鎮静剤をご希望の方は別紙問診票にご記入下さい。

○鎮静剤投与後の偶発症（合併症・副作用）

注射部位の炎症、静脈炎、血管痛、アレルギー、血圧低下、不整脈、呼吸抑制、低酸素血症、覚醒遅延（なかなか目が覚めない）、健忘（検査前後の記憶がなくなる）など起こりえます。これら以外にも予期しない偶発症が起こることもあります。これらの偶発症が起きた場合、最善の処置を行うよう努力しますが、点滴・薬剤投与・酸素投与・入院・蘇生処置などが必要になることが稀にあります。2016年発表の内視鏡学会による全国調査では鎮静剤投与偶発症発生率 0.0013%（8 万分の 1）、死亡率 0.000022%（400 万分の 1）と報告されています。

○鎮静剤投与後に注意すること

目が覚めた後も薬の影響が残ることがあり眠気やふらつきが生じることがあるので、検査後 1 時間休んでいただく必要があります。当日は自動車・バイク・自転車などの運転はできません。また危険を伴う仕事をすることもできません。当日運転する予定がある方は鎮静剤の使用ができません。また 80 歳以上で一人で来院の方、杖などを使用しふらつきが心配される方は鎮静剤の使用を控えさせていただきます。患者様の安全のため鎮静剤を使用しないで検査を実施するなどの対応をさせていただきますか、当日の検査を中止せざるをえない場合もあることをご了承下さい。

上記事項を理解されているにも関わらず、鎮静剤使用後に運転をした場合、交通事故・交通違反等による責任は当院では一切負いかねますので、予めご了承下さい。

聖光ヶ丘病院 院長 殿

私は内視鏡検査において、上記の記載事項を読み納得したうえで、鎮静剤投与を希望します。
また検査中・後に緊急処置を行う必要が生じた場合には適宜処置を受けることに同意します。
また、当日は自動車、バイク、自転車等の運転はしないことを同意します。

令和 年 月 日 患者名 _____

代理人署名 _____ 続柄【 _____ 】