

内 視 鏡 検 査 申 込 書

20 年 月 日

紹介先
北信総合病院 地域医療連携課
TEL 0269-23-2160
FAX 0269-22-2812

紹介元医療機関
所在地
TEL
医師氏名

患 者	フリガナ	生年月日	年	月	日	男	女
	氏 名						
	住 所	T E L ー ー 携帯電話 ー ー					

特記事項	HBS () HCV () 梅毒 () アレルギー (有 ・ 無) ()
※上記の感染症検査が3ヶ月以内に行われていなければ(未検)に○をしてください (未検) (有の場合、上記記入)	

上部消化管内視鏡 ()	経鼻内視鏡 ()	※希望されるいずれかに○をしてください
--------------	-----------	---------------------

傷 病 名			
検査目的			
抗凝固剤	抗凝固剤の内服 あり なし	ありの場合抗凝固剤で下記に該当があれば○をお願いします。 プラビックス パナルジン ワーファリン	
	内服ありの場合	生検可能 (内服中止 日から) ・ 生検禁止	
前 処 置	プロナーゼ処置 : あり なし (目的 : 胃内付着粘液の除去。胃内出血・血液凝固異常時は禁忌)		
鎮痙剤指示 ☐ ブスコパン 1A ☐ グルカゴン 1V (適応 : 心疾患・前立腺肥大症・緑内障・甲状腺機能亢進) ☐ どちらも なし			
経 過			
処 方 状 況			

来 院 予 定 日	年	月	日	時	分
※次回貴院の予約日が決まっていればご記入ください。				年	月 日
保険種別	国保・社保(本人・家族)・高齢者(割)・生保・その他()				

上部消化管内視鏡（胃カメラ）の説明書・同意書 20 年 月 日

【検査目的】

食道・胃・十二指腸にできる病気（炎症・潰瘍・ポリープ・がん・食道静脈瘤等）を見つけ、適切な治療方法を考えるために行います。

鼻からのカメラを希望される方でも、カメラが鼻から入りにくい場合は口から行います。

【一時中止薬の確認】

血液をサラサラにする薬を一時中止の必要な場合があります。飲んでいる方はお知らせください。

中止する薬品名 _____ 期間 _____

【方法】

1. 麻酔

麻酔薬（キシロカイン）をのどまたは鼻にスプレーします。まれにアレルギーをおこす方がいます。以前に麻酔薬で気分が悪くなったことがある方はお知らせください。

2. 注射

消化管の動きを抑えるために注射します。心臓病・緑内障・前立腺肥大症の病気がある方は、お知らせください。また、必要に応じて静脈麻酔（眠り薬）を使って検査する事があります。

3. 観察

必要に応じて色水をまいて粘膜の様子を見ることがあります。

4. 生検

検査中に病変が見つかった場合、一部を採って顕微鏡で詳しく組織検査する事があります。



【合併症】

1. しばしば認められるもの

のどや腹部の不快感、痛み、吐き気、咳、げっぷ、頻脈、のどの渇き、下痢、及び鎮静剤によるめまい、眠気など。

2. まれに認められるもの

① 出血

1千人に6人（0.64％）の確率でカメラのこすれ、生検のきず、出血しやすい体質や薬の作用により消化管出血が起き、止血治療・輸血・入院・手術が必要になる場合があります。

② 穿孔

1万人に4人（0.04％）の確率で食道・胃・腸に穴があき、輸血・入院・手術が必要になる場合があります。

③ アレルギー反応と薬物反応

ヨードや鎮静剤などの薬物によるショック・呼吸困難・吐き気・蕁麻疹・めまい・口渇・動悸などがおこる場合があります、輸液・薬物療法・入院が必要になる場合があります。

3. 鼻から行う場合は上記の合併症以外に鼻出血をおこすことがあります。

以上の合併症や予期しがたい合併症が起きた場合はできる限りの対応をいたします。

_____ 医院・クリニック・診療所 _____ 説明者氏名 _____

承 諾 書

私は、上部消化管内視鏡検査について上記の説明を受け、検査を同意いたします。

20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者氏名 _____

家族（続柄） _____ ()

内視鏡検査（胃カメラ）を受ける方へ

氏 名 _____ 様

検査日 20 年 月 日 (曜日)

午前 午後 時 分 予約です

検査当日は15分前に北信総合病院 初診・再診受付へおいでください。

- *検査の種類や医師によって、開始時間がずれる事がありますのでご了承ください
- *予約日を変更される場合は、早めに北信総合病院 地域医療連携課へご連絡ください

検査がスムーズに行えるように、次の事をお守りください

検査前	*一時中止の薬の確認 抗凝固剤、抗血小板剤は、一時中止する場合がありますので、飲まれている方は必ず医師に確認してください（プラビックス、パナルジン、ワーファリンなど）
検査前日	*夕食は、午後7時頃までに済ませてください （胃の手術をされている方は、午後6時頃までに済ませてください） それ以降は何も食べないでください *水分は検査日の朝8時まで適度にとっても結構です（水、お湯、お茶など） *寝る前の薬は飲んでください
検査当日	*朝食は食べないでください *血圧を下げる薬や医師の許可のある薬は、コップ1杯の水かお湯で飲んでください（胃の薬や糖尿病の薬は検査に影響しますので、飲まないでください） *インスリンの注射はしないでください
ご来院時の注意	*ゆったりした服装でおこしください ほとんどの方が腕に注射をします。また検査中、胃に空気を入れます 袖やお腹周りに余裕がある服装でおいでください *濃い口紅はご遠慮ください
検査終了後	*のどに麻酔をしておりますので、飲食、タバコは検査終了時間から2時間はお控えください *注射の作用で目がチカチカします 車の運転は危ないので、1～2時間はご遠慮ください

お問い合わせ

北信総合病院 地域医療連携課

TEL0269-23-2160（直通）