

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は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。心疾患・前立腺肥大症・緑内障・甲状腺機能亢進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。

④ 口腔内損傷、歯牙損傷が発生する場合があります。

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。

問診票（当日朝の体調） を検査当日にご持参ください。

- * 検査の種類や医師によって、開始時間がずれること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
- * ぐらつきや抜けそうな歯がある場合は、検査前にお申し出ください

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 くすりによって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
検査前日	* 夕食は午後7時頃までに済ませて、それ以降は何も食べないでください (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) * 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(飴やガムもやめてください) * 水分は検査日の朝8時まで適度にとっても結構です(水、白湯など) * 血圧を下げる薬や医師の許可のある薬は、コップ1杯の水か白湯で飲んでください * <u>粉の胃薬は検査に影響しますので飲まないでください(錠剤の胃薬は大丈夫です。)</u> * 糖尿病の薬、インスリンの注射は中止してください
ご来院時の注意	* 検査中、胃に空気を入れますので、お腹周りに余裕がある服装でお越しください * 濃い口紅は拭き取って下さい
検査終了後	* のどに麻酔をしていますので、飲食、喫煙は検査終了時刻から2時間は避けてください * お薬使用時や体調によっては、車の運転を1~2時間避けていただく場合があります

お問い合わせ

北信総合病院 地域医療連携課

TEL0269-23-2160 (直通)

問診票(外来用) 当日朝の体調を教えてください

氏名:

携帯番号:

ご職業:

■ 本日の体温を教えてください _____ 度

■ 1年以内に、新型コロナウイルス感染症と診断されたことがありますか？

はい (年 月) ・ いいえ

■ 新型コロナワクチンの接種はお済みですか？

()回 ・ 最終接種日(年 月)

《以下はご本人だけでなく付き添いの方も当てはまることがあればお答え下さい》

■ 7日以内にあった症状に○をつけてください

何日からなのか、わかれば余白に日にちを記入してください

なし 熱 (°C) 咳 痰 咽頭痛 息切れ

頭痛 鼻水 だるさ その他()

■ 7日以内にご本人・ご家族など、新型コロナウイルス陽性者・濃厚接触者・発熱症状に該当される方がいらっしゃいますか？

いいえ はい(どなたですか:ご関係 _____)

来院前7日間は、ご自身やご家族の感染対策、体調管理において充分お気をつけください。
当日、体調のすぐれない方は来院前に外来へ電話にてご連絡ください。
上記の聞き取り内容によっては受診・検査が延期になることがあります。
また、入院の際には個室対応とさせていただく場合もございます(個室料金を頂きます)。
何かご質問のある方は平日 予約された外来までご連絡下さい。

北信総合病院 0269-22-2151