

上部消化管内視鏡検査問診票

【ご記入下さい】

次の質問に（はい・いいえ）のどちらかを○で囲んで下さい。

- 今までにこの検査を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
- 胃腸の病気を指摘されたことがありますか？ (はい・いいえ)
具体的な内容を記載して下さい ()
- ピロリ菌の除菌をしたことがありますか？ (はい・いいえ)
除菌の成功は確認されましたか？ (はい・いいえ)
- 心筋梗塞・狭心症・高血圧・不整脈等と言われたことがありますか？ (はい・いいえ)
- COPD（慢性閉塞性肺疾患）と言われたことがありますか？ (はい・いいえ)
- 気管支喘息と言われたことがありますか？ (はい・いいえ)
- 脳梗塞と言われたことがありますか？ (はい・いいえ)
- てんかんの薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ)
- 重症筋無力症、パーキンソン病と言われたことはありますか？ (はい・いいえ)
- 糖尿病で治療中ですか？ (はい・いいえ)
- 血液をさらさらにする薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ)
- お薬で気分が悪くなったり蕁麻疹が出たことがありますか？ (はい・いいえ)
- 麻酔（歯科治療の際など）でアレルギーが出ましたか？ (はい・いいえ)
お薬のアレルギーがある方は、お薬の名前が分かれば記入して下さい。
(アレルギーのある薬品名：)
- 授乳中・妊娠の可能性がありますが？ (はい・いいえ)
- おなかの手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
具体的な内容を記載して下さい ()
- 検査に関して、ご質問があればお書き下さい。

[]

年 月 日 患者署名もしくは代理署名

(続柄)

【医師記載欄】

- 抗血小板薬／抗凝固薬について 内服 なし・あり

薬品名： ワーファリン・プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナ

バイアスピリン・バファリン・パナルジン・プラビックス・エフィエント・プレタール

コンプラビン・タケルダ・エパデル・ロトリガ・プロサイリン・ドルナー・ペルサンチン・

ロコルナル・コメリアン・オパールモン・プロレナル・アンプラーグ

□内服を続けて下さい。 □ 月 日から内服を中止して下さい。

▲鎮痙薬 可 不可 ブスコパン・グルカゴン

▲鎮静薬 可 不可 ドルミカム

▲鎮痛薬 可 不可 ソセゴン

年 月 日 説明医師署名 大津 威一郎 印

上部消化管内視鏡(胃カメラ)検査の説明および同意書

この用紙は検査当日にご持参下さい。

ID 番号 _____ 氏名 _____ 様

食道・胃・十二指腸（一部）の病気の診断・治療を目的に行います。

【検査まで】

- ① 検査前日の夜 9 時以降絶食し当日は食事を摂らないで下さい。水やお茶の補給は構いません。
- ② 当日朝の心臓や血圧のお薬は通常通り内服して下さい。
当日朝の糖尿病薬やインスリンは中止して下さい。抗血栓薬（血液をさらさらにする薬）を内服されている場合は、前もって中止する場合がありますので、主治医と相談して下さい。

【検査の実際】

- ① 検査時間の目安は 5 分程度です。
- ② 検査中は必要に応じて、色素の散布や粘膜組織の一部を採取（生検）することがあります。

【起こりうる偶発症】

- ① カメラがこすれることや嘔吐による粘膜裂傷や出血
- ② カメラがこすれることや嘔吐による消化管穿孔（穴があくこと）
- ③ 前処置の薬剤によるアレルギーや副作用
十分注意して行いますが、日本消化器内視鏡学会が行った全国集計（2016 年）ではこれら偶発症は 0.005%、死亡例も 0.00013%と報告されています。万が一発生した際は適切に対処致しますがその際患者さん負担での入院加療（輸血・手術も含めて）を要することもあります。
- ④ 検査・治療を安全に行うために抗血栓薬の内服を中止した場合に血栓症（血液が固まり詰まること）が起こることが稀（約 0.5%）にあります。
- ⑤ ガイドラインに準じ、抗血栓薬を中止せずに生検を行うことがあります。その場合出血の危険性が高まります。

【鎮静剤の使用について】

当院では、内視鏡検査を行う際に緊張を和らげ、楽に受けて頂くためにご希望に合わせて鎮静剤を使用します。方法は静脈注射になりますが、静脈炎（血管の周囲が赤く腫れたり痛みを伴う）を起こすことがあります。また、呼吸循環抑制を起こすので、指先で血液中の酸素濃度をモニターしながら検査を行います。鎮静剤を使用した場合は十分に休んで（約 1 時間）から帰宅して頂いています。場合により 1 時間以上経っても強い眠気が残ることがあります。また鎮静剤は翌日まで残っており、眠気がなくても判断力が低下していますので、検査当日は車やバイク、自転車の運転は絶対にしないでください。

当日、車やバイク、自転車で来院された場合、鎮静剤は使用できません。

ご高齢の方は、ご家族が付き添ってくださるようお願いいたします。

以上の通り、上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査の説明をしました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 説明者： _____ 印

おおつ消化器・呼吸器内科クリニック 院長 殿

私は上部消化管内視鏡検査について、主治医より説明を受け上記の記載事項を理解しました。

従って上部消化管内視鏡検査を受けることに

同意します 同意しません

また、鎮静剤の使用について医師と相談し、

鎮静剤の使用を 希望します 希望しません

_____ 年 _____ 月 _____ 日 患者署名もしくは代理署名 _____ (続柄)