

内視鏡検査予約票

様は、横浜旭中央総合病院で

年 月 日() 時 分から上部消化管内視鏡の検査です。

・検査開始の15分前に紹介受付へお越し下さい。

・お持ち頂くもの

- ・紹介状
- ・保険証
- ・診察券
- ・内視鏡検査予約票
- ・内視鏡検査問診表
- ・検査・手術・処置に関する同意書

*『内視鏡検査問診表』は事前にご記入頂いた上でお持ちください。

*『胃カメラ検査時の注意事項』には検査前日からの

注意事項を記載しておりますので、お早めにお読みください。

* 検査開始時間は当日の進行状況により、多少変わることがございます。

* 予約の変更・キャンセルを希望される方は、必ず前日までにご連絡ください。

【お問い合わせ】

横浜旭中央総合病院

内視鏡室受付 TEL:045-921-6115(内線2060)

(平日8:30~17:30 土曜8:30~13:00)

*** 胃カメラ検査時の注意事項 ***

《 検査目的 》

食道・胃・十二指腸の病気(炎症・潰瘍・ポリープ・癌など)を診断して適切な治療方針を立てることが目的です。

《 検査方法 》

内視鏡を口から挿入して、食道・胃・十二指腸をくまなく観察します。
必要な場合は病変部より小さな組織を採取して(生検)顕微鏡で良性か悪性かなどを病理組織診断します。

《 検査前のご注意 》

検査前日

- ・食事は通常通りでかまいません。
- ・ただし、夕食は午後9時までに済ませ、それ以降は食べないでください。
- ・アルコール以外の水分(お茶・実のっていないジュース など)は飲んでかまいません。

検査当日

- ・朝食は摂らないでください。
- ・高血圧、抗痙攣剤、心臓のお薬は早い時間(朝6時~7時の間)にお飲みください。
(コップ1杯程度のお水で飲んでください)
- ・検査の際、軽い鎮静剤を使用することがありますので、ご自身で自動車・バイク・自転車の運転はしないでください。(鎮静剤の使用は患者様のご希望をお伺いします)
- ・検査前には、眼鏡・入れ歯・コルセット・ガードルなどははずして頂きます。
また、お化粧品は最小限に、口紅は付けずにお越してください。

《 検査後のご注意 》

- ・鎮静剤を使用した場合、お薬の影響で検査終了後しばらくは眠気やふらつきといった症状が出る場合があります。十分に回復室で休憩されてからご帰宅下さい。
(最低でも30分~60分程度は休んで頂きます。)
- ・検査後、口の中に“まずい感じ”が残ることがありますが、20分ほどですっきりします。
- ・検査後のお食事は、まず水を飲んでむせないようでしたら通常通りお取りください。
- ・組織検査をされた方は、検査後2時間くらい間を空けてから、消化のよい物を食べてください。
また、当日はアルコール類をお控えください。
(検査の内容により異なる場合がございますので、検査終了後に個別に説明させていただきます。)

* 検査終了後次のような症状がありましたら病院までご連絡下さい(24時間対応いたします)



- ・おなかの痛みや吐き気が強いとき
- ・血液の混じったものを吐いたとき
- ・真っ黒(タール状)な便が出たとき

横浜旭中央総合病院 **内視鏡検査問診表** (胃カメラ)

* 内視鏡検査前(胃瘻交換含む)に必ず、ご記入ください。

患者氏名 _____ (男・女) 年齢 _____ 歳

1. 内視鏡検査を今までに受けたことがありますか。 (はい・いいえ)
 2. 当院での内視鏡検査は今まで何回受けましたか。 (初回・ _____ 回目)
 3. 以下の質問に「はい・いいえ」のどちらかを○で囲んでください。

ア) 心臓が悪いと言われたことがある。

(例えば、狭心症・心筋梗塞・心不全など) (はい・いいえ)

イ) 眼科で緑内障と言われたことがある。 (はい・いいえ)

ウ) 血圧が高いと言われたことがある。 (はい・いいえ)

エ) 肝臓の病気にかかったことがありますか。 (はい・いいえ)

オ) 輸血を受けたことがありますか。 (はい・いいえ)

カ) 薬に敏感な方ですか。 (はい・いいえ)

(例えば、ピリン・ペニシリン系など)

キ) アレルギー体質ですか。 (はい・いいえ)

(喘息・じんましん・花粉症など)

ク) 抜歯したとき、麻酔で気分が悪くなったことがありますか。 (はい・いいえ)

ケ) 現在、風邪気味ですか。 (はい・いいえ)

(のどが痛い・咳が出る・熱があるなど)

コ) 血が止まりにくい方ですか。 (はい・いいえ)

サ) 血液をさらさらにさせるお薬を飲んでいますか。 (はい・いいえ)

(例えば、バファリン・ワーファリン・ニチステートなど)

シ) 前立腺肥大と言われたことがありますか。(男性のみ) (はい・いいえ)

ス) 肺結核にかかったことがありますか。 (はい・いいえ)

セ) 糖尿病と言われたことはありますか。 (はい・いいえ)

ソ) 今までに手術を受けたことがありますか。 (はい・いいえ)

* 「はい」の方【時期 年 月頃・病名 ・部位 】

○その他気になることがありましたら、お書き下さい。

検査・手術・処置に関する同意書

患者 _____ 様に対し、
上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)について説明いたしました。

年 月 日

ご紹介医療機関

説明医師名

同席看護師名

(同席無の場合には、斜線を記載)

横浜旭中央総合病院長 殿

私は、上記について担当医師より説明を受け、質問する機会も得ました。
その結果、

- 説明された内容を十分理解し、納得しましたので、同意します。
 同意いたしません。
 その他 ()

年 月 日

患者氏名

印

(代筆の場合) 代理人氏名

印

患者との続柄()

【 記入時のご注意 】

- ・患者様本人による署名がある場合には、代理人の署名は不要です。
- ・患者様本人が記載困難な場合には、代理人の方のみご署名下さい。
- ・署名がある場合には、印鑑不要です。