

上部内視鏡検査をご紹介いただく先生へ

<お電話にて検査日をご予約下さい>

四谷メディカルキューブ医療連携室(TEL.03-3261-0488) 受付 9:00-17:00 (日・祝祭日を除く)

* 当院では原則として「経鼻内視鏡検査」は実施していませんのでご了承下さい。

* 検査予約日が決まりましたら ①診療情報提供書 を当院の医療連携室宛に FAX にて送信ください。
(FAX 03-3261-0407)

1. ご紹介頂く際の必要書類

- ①診療情報提供書 ②上部消化管内視鏡検査についての説明書・同意書 ③問診票
- ④上部内視鏡検査リーフレット『上部内視鏡検査を受けられる方へ』

2. 書類の記入および患者さまの指導について

- ②、③の書類はご記入の上、検査当日に必ずご持参下さい。
- ④上部内視鏡検査リーフレットに沿って以下の内容を患者さまへご説明下さい。

※検査前の食事制限・・・検査前日・当日の食事制限は厳守するようにご説明下さい。

3. 内服薬について

現在内服している薬剤で中止可能な薬剤につきましては、検査当日の朝のみ中止してください。

当院では上部内視鏡は検査と生検までしか実施していませんので抗凝固剤・抗血小板薬を内服している場合でも、基本的に休薬の必要はありません。

内服中の薬剤については検査当日受診者さまにも確認させていただきます。お薬手帳をお持ちの方は必ずご持参されるようにご指導ください。

4. 検査について

検査は径 6～8 mm 程度の細いスコープを入れて行います。検査の所要時間は開始から終了まで 10 分程度です。

5. 鎮静剤使用について

当院では通常、鎮静剤を使用して検査を行っております。(意識下鎮静法)

鎮静剤使用については、問診時に最終確認させていただきます。

使用した場合には検査後、覚醒するまで(20 分程度)リカバリー室で経過観察させていただきます。

尚、当日は自動車・バイク・自転車等の運転はできません。また、当日の仕事に支障が出る可能性がありますのでその旨ご説明下さい。

6. 検査結果説明

検査後は「結果報告書」を先生宛に郵送致します。

(病理組織検査を施行した場合は、結果郵送まで 10 日程かかります。)

※ 患者様へ詳しい結果説明を四谷メディカルキューブでご希望の場合は、診療情報提供書の結果説明欄にてご指示ください。

上部消化管（食道・胃・十二指腸）内視鏡検査を受けられる方へ

大切な検査です。正しい診断ができるように、次の事を必ず守って下さい。

1. お持ちいただくもの・・・「健康保険証」・「説明および同意書」・「問診票」 *記入のうえ、お持ちください。
※「お薬手帳」をお持ちの方は、ご持参願います。
2. 内服薬のある方・・・検査前の内服については主治医の指示通りをお願いします。
3. 検査結果の説明・・・紹介元の医療施設で行います。
※組織を採る検査をした場合は、結果を郵送するまで10日ほどかかります。
4. 鎮静剤を希望される方・・・検査前の問診にて希望を伺います
当日ご自身での車・バイク・自転車等の運転は危険ですので、出来ません。

検査 前日

夕食は午後8時頃までに済ませて下さい。
※水分(牛乳、ジュース以外)は、適度にとって下さい。

当日

- ①朝食は、摂らないで下さい。水・スポーツ飲料・お茶など透明な物は飲んでも構いません。
(内視鏡センターに到着してからの飲水はお控え下さい。)
- ②時計・指輪・入れ歯等金属の付いているものは検査前にはずして下さい。
- ③締め付けられる下着類(ガードルなど)ははずし、検査着に着替えて頂きます。
Tシャツなどお持ち頂く事をお勧めします。
- ④口紅・マニキュアは爪や唇の色を観察するため、拭きとって下さい。
髪の毛の長い方はゴム(金属なし)をお持ち下さい

検査中

- ①全身(特に首から肩)の力を抜き、リラックスした気分で検査を受けましょう。
- ②腹式呼吸を行うと楽になります。ゆっくりと規則正しい呼吸をしましょう。

検査後

- ①鎮静剤を使用された方は検査終了後、15～20分ほどリカバリールームで休んでいただきます。
- ②検査後の食事、生活は医師・看護師の指示に従って下さい。

※検査の都合上、お待たせする事がありますので、ご了承ください。

上部消化管内視鏡検査についての説明および同意書

<<<検査の説明>>>

上部消化管内視鏡検査

- ・ 上部消化管内視鏡検査とは、内視鏡を用いて食道・胃・十二指腸を調べる検査です。内視鏡を口(または鼻)より挿入し、内腔を観察し、必要な処置を行います。

検査の意義 食道・胃・十二指腸疾患の診断(癌・ポリープ・潰瘍・炎症など)
 その他の上部消化管の検査・治療()

検査の実施予定日 年 月 日()

実際の検査法

- ・ 咽頭の局所麻酔と胃の蠕動(ぜんどう)を抑える注射(鎮痙剤)を行い、検査を開始します。
- ・ 必要に応じて鎮静剤・鎮痛剤の注射を行い、検査の苦痛を緩和します。
- ・ 内視鏡の径は8mm弱で、食道・胃・十二指腸を観察します。
- ・ 検査を行っている時間は、通常5~10分程度ですが、個人差があります。
- ・ 組織検査(生検)を行う場合は鉗子(かんし)という処置具で病変の一部を採取して調べます。

検査後

- ・ 通常は休憩後、ご帰宅いただきます。検査当日は、なるべく飲酒、過食、刺激物摂取を避けてください。
- ・ のどの違和感、腹部の張る感じが残ることはありますが、通常、時間とともに軽快します。
- ・ 検査後に症状が悪化するようなことがありましたら、ご連絡ください。診療時間内では外来受診をお願いします。診療時間外でしたら、当直者が対応致します。

鎮静剤・鎮痛剤の投与による危険性について

- ・ 鎮静剤・鎮痛剤を用いる場合、投与量は適宜調節していますが、呼吸抑制や血圧低下などを起こすことがありますので、検査中は血圧・脈拍や酸素飽和度などのモニターを行います。

上部消化管内視鏡検査・内視鏡による処置に伴う危険性について

- ・ 日本消化器内視鏡学会偶発症対策委員会の1997年に集計した5年間の資料では、上部消化管内視鏡検査の偶発症・合併症は0.027%、死亡は0.00045%報告されています。
- ・ ポリープや腺腫・癌の治療の場合には出血や穿孔などの合併症が0.48%程度報告されています。
 - 出血：病変の生検・処置後に、粘膜に形成されたびらん・潰瘍から出血(吐下血)をきたすことがあります。
 - 穿孔：処置に伴う穿孔の合併症は極めて稀です。
- ・ 必要に応じ、入院や緊急処置を要する場合があることをご理解お願い申し上げます。

注意事項のまとめ

- ※ 検査予約時間 30 分前までに2階内視鏡センターまでお越しください。
- ※ 来院できないまたは遅れる場合、(代表) 03-3261-0401 までご連絡ください。
- ※ 検査前日の午後 8 時までには夕食を済ませて、当日の朝食はとらずにおいでください
- ※ 水分(水・お茶)は、喉が渇かない程度に摂取しても結構です。
- ※ 鎮静・鎮痛剤を用いた場合、検査後 30 分程度、お休みしていただきます。当日、車などの運転はできません。ご高齢の方は、付き添われる方と来院されることが望ましいです。
- ※ 内服薬のある方は、担当医と検査前後の内服方法あるいは中止期間についてご相談ください。とくに血液を固めにくくする薬(抗凝固薬・抗血小板薬)を内服している方は休薬期間が薬により異なりますので、ご注意ください。
- ※ 一連の治療や経過観察のために複数回の検査を行う場合、この「説明同意書」を省くことがあることをご了承ください。ただし、1年以上経過した場合は再度「説明同意書」を記入していただくこととします。

説明日： 年 月 日 説明医師氏名： _____

説明立会い者： _____

<<<同意書>>>

- ・ 私は担当医師より、上部消化管内視鏡検査についてその危険性も含めた説明を受け、質問する機会を得ました。
- ・ その内容を理解し、同意することができましたので、上部消化管内視鏡検査の実施を依頼します。
- ・ なお、特に下記の希望がある場合は にチェックを入れてください
 - 内視鏡の検査に際し、鎮静・鎮痛剤は使用しない。
(通常、鎮静・鎮痛剤は苦痛緩和の目的でほとんどのの方に使用しています。ただし、検査の苦痛をあまり感じない方については使用しない場合がありますので、鎮静・鎮痛剤を使いたくない方は、チェックをしてください)
 - 内視鏡画像については、教育研修などの目的であっても使用を拒む。
(通常、内視鏡画像を教育目的や学会発表に使用するときは、個人の特長ができない状態にしますが、このような使用を拒む方は、チェックしてください)
- ・ ご不明な点があるときや上記内容の同意を取り消される場合には、担当医とご相談ください。なお、同意されない場合でも、当施設の他の診療に際し不当な扱いを受けることはありません。

同意年月日： 年 月 日 患者本人署名： _____

代理人または家族署名： _____

上部内視鏡検査問診表

年 月 日 現在

検査日 月 日 お名前 身長 cm 体重 kg

1. 内視鏡検査についてお伺いします。

- (1) 現在、症状はありますか？ はい () いいえ
- (2) 上部内視鏡検査を受けたことはありますか？ はい (回目) いいえ
前回検査の印象を教えてください。 楽だった 辛かった 覚えていない
- (3) これまでの内視鏡検査で何か指摘がありましたか？ はい () いいえ
- (4) 鎮静剤（苦痛を和らげる薬）の使用を希望しますか？ はい いいえ
- 本日、ご自身で車・バイク・自転車を運転する予定がありますか？ はい いいえ

※「はい」とお答え頂いた方は、鎮静剤の使用が出来ませんので、ご了承ください。

- (5) 義歯・矯正器具はありますか？ あり（外して検査・外さず検査） いいえ

2. ピロリ菌についてお伺いします。

- (1) ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？ はい（陽性・陰性） いいえ
- (2) 除菌治療を受けたことはありますか？ はい（成功・不成功・未確認） いいえ

3. 病気についてお伺いします。

- (1) 心臓病を患ったことはありますか？ はい いいえ
はいと答えた方のみ ・病名（狭心症・心筋梗塞・心房細動・不整脈・その他）
・治療（内服・ステント留置・ペースメーカー・アブレーション・手術）
- (2) 緑内障または、眼圧が高いですか？ はい（点眼・手術・経過観察中） いいえ
- (3) 高血圧ですか？ はい（内服・経過観察中） いいえ
- (4) 糖尿病ですか？ はい（内服・インスリン・経過観察中・手術） いいえ
- (5) 気管支喘息ですか？ はい（内服・吸入・経過観察中）(最終発作： 年 月) いいえ

4. 男性の方へお伺いします。

- 前立腺肥大症ですか？ はい（内服・手術・経過観察中） いいえ

5. 女性の方へお伺いします。

- (1) 現在、妊娠の可能性はありますか？ はい 可能性あり いいえ
※「はい」とお答え頂いた方は、お薬が使えない場合がありますのでご了承ください。
- (2) 現在、授乳中ですか？ はい いいえ
※「はい」とお答え頂いた方は、一定期間授乳を中止する必要があります。

6. 内服薬についてお伺いします。

- (1) 本日、内服している薬はありますか？ はい いいえ
はいと答えた方のみ 薬名〔 〕
- (2) 血液をサラサラにするような薬を内服していますか？ はい いいえ
はいと答えた方のみ 薬名〔 ワーファリン・プラザキサ・イグザレクト・エリキュース・リクシアナ・バイアスピリン
パファリン・パナルジン・エパデール・ロトリガ・その他_____ 〕
- 医師から休薬の指示がありましたか？ はい（ 月 日より休薬中） いいえ

7. 以下の薬剤にアレルギーはありますか？

ヨード剤・造影剤・歯科麻酔・ブスコパン・アルコール綿

-
- はい
-
- いいえ

8. 手術を受けられたことがありますか？

-
- はい
-
- いいえ

消化器系 病名〔 (開腹・腹腔鏡・内視鏡) 〕

乳腺系 病名〔 ※穿刺・血圧測定等の処置可能側（右・左・両） 〕

ご記入ありがとうございました。

～ 医療者記入欄 ～

実施確認

同意書 ガスコン水
 キシロカイン (:)
 P R / B G
 N F

インジコ ルゴール デトキソール ミンクニア

生検

その他処理

酸素 L 時間 分

次回外来予約依頼 医師

U B T 検査

処方 採血項目追加

凝固剤開始日 / ~再開

覚醒基準 分 B p SpO2

薬剤確認 /