

※各医療機関 予約担当の方へ

この用紙は必要事項を記入の上、下記の項目にチェックしてFAXしてください。

【予約日時： 月 日 ()】 紹介医療機関名：

【検査時間 時 分】 医師名：

①消化管内視鏡依頼用紙・問診票

フリカナ		生 年 月 日	Tel 番号
患者氏名	男・女	明・大・昭・平 年 月 日 歳	() -

検査目的・現病歴（症状・検査目的をなるべく詳しく記載してください。）

既往歴：

感染症：HBs抗原 () HCV抗体 () ワ氏 () （判る範囲で結構です）

1. 心疾患（心不全など）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
2. 緑内障（眼圧亢進）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
3. 前立腺肥大（排尿困難）（男性のみ）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
4. 脳梗塞	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
5. 出血性疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
6. 糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (インスリン <input type="checkbox"/> 使用)
7. 薬剤・食物アレルギー（卵・大豆・薬など）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> キシロカイン <input type="checkbox"/> その他の場合 ()
8. 抗血栓薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ありの場合 薬品名 () () 抗血栓薬の休薬 月 日から中止 <input type="checkbox"/> 内服中だが中止できず観察のみ（生検なし）

観察部位： 上部（食道、胃、十二指腸、経鼻、経口） 下部（大腸）

鎮静剤（眠たくなる薬）を希望しますか？ 希望する 希望しない

内視鏡検査時の抗血栓薬（抗凝固薬・抗血小板薬）休薬期間の目安

代表的商品名	一般名	推奨休薬期間
ワーファリン	ワルファリンカリウム	5日前
オパールモン	ベラプロストナトリウム	1～2日前
プラザキサ	ダビガトラン	2日前
バイアスピリン	アスピリン	7～10日前
プラビックス	硫酸クロピドグレル	10～14日前
パナルジン	塩酸チクロピジン	10～14日前
バイアスピリン+プラビックス（パナルジン）		10～14日前
プレタール	シロスタゾール	2～4日前
エパデル	イコサペント酸エチル	7～10日前
アンプラーグ	塩酸サルポグレラート	1～2日前
プロサイリン	ベラプラストナトリウム	1日前
ロコルナール	トラピジル	2～3日前
コメリアン	塩酸ジラセブ	2～3日前
ペルサンチン	ジピリダモール	1～3日前
プロレナール	ベラプロストナトリウム	1～2日前

② 上部消化管内視鏡検査 説明・同意書

<目的>

上部消化管とは食道・胃・十二指腸を指します。これらの場所にできる病気（炎症、潰瘍、ポリープ、がん、食道静脈瘤など）をみつけ、適切な治療方法を考えるために行ないます。

<方法>

まず、胃の中を見やすくするシロップを飲んでから、のどをゼリー（氷）状の麻酔薬で麻酔します。鼻カメラの方は鼻腔内の麻酔をします。内視鏡を口（鼻）から挿入し、上部消化管をまんべんなく観察します。必要ならば一部組織を採取し顕微鏡検査で良性、悪性かを判断します（病理組織検査）。

<検査前日および当日の注意事項>

前日は夜9時までに食事を済ませて、以降は水かお茶またはスポーツ飲料のみを摂取してください。当日は朝コップ一杯の水以外は摂らず、降圧剤、抗不整脈薬などの心臓の薬、精神科の薬のみを飲んでください。それ以外の薬は中止してください。ただし、血をさらさらにする薬（抗凝固薬、血小板凝集抑制剤）は主治医と相談の上、内服中止するかどうか決めてください。また、内服されている薬の一覧表か現物をご持参ください。

<検査後の注意事項>

のどの麻酔が切れたら水分や軽食を摂ってもかまいません。組織検査（生検）を受けられた方は2時間くらいあけてください。当日は飲酒や喫煙はご遠慮下さい。

<偶発症>

この検査では、のどの麻酔薬によるショック、内視鏡操作によって起こる出血や穿孔などが主な偶発症ですが、日本消化器内視鏡学会が調査した全国集計によるとその頻度は0.007%、死亡率は0.00045%でした。万一、偶発症が発症したときは外科処置を含めた最善の処置を致します。

<鎮痛剤・鎮静剤の使用について>

検査を楽に受けていただくために希望があれば、検査直前に鎮痛剤・鎮静剤の注射を行ないます。鎮痛剤・鎮静剤により血圧が下がったり、呼吸が弱くなったりすることがありますので、検査中は血圧測定などのモニター装着を行い、酸素を吸入していただくこともあります。検査後眠気が残ることや頭痛・はきけなどがおこることがありますので、検査後病院で30分～1時間休んでから帰っていただきます。鎮痛剤・鎮静剤の使用当日は絶対に車、バイク、自転車の運転はしないで下さい。

ご自分で運転して来院された方は、鎮痛剤・鎮静剤を使用できません。

また、ご高齢の方はご家族が付き添ってくださることをお願いいたします。

同意の署名欄

(年 月 日)

私（患者）は上部消化管内視鏡検査の必要性および上記の内容につき説明を受け、納得しましたので、検査を受けることに同意します。

患者あるいは代理人（続柄 ）氏名（ ）

記入をお願いします。

紹介医療機関 名称
医師名

TEL
FAX

来院日時： 年 月 日 () 予定 時 分

予定30分前にはお越しください。

☆この検査は原則予約制ですので、時間に遅れた場合は検査できないことがありますのでご注意ください。
☆患者様は上記の日時に来院して頂き、受付へ各種保険証類及びこの予約票を提出してください。



③ 上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ) を受けられる患者様へ

前日 (月 日) : 夜9時以降、食事は摂らないで下さい。水分は制限ありませんが、水、お茶、スポーツドリンクのみにしてください。

当日 (月 日) : 朝から食事は摂れません。水分(水、お茶、スポーツドリンク)は検査予定時間の2時間前までは飲んでかまいません。タバコは控えて下さい。**朝の薬は降圧剤・抗不整脈など心臓の薬、精神科の薬のみ**を飲んで下さい。

※検査中は胃に空気を入れますので、お腹が張ります。体を締め付けるようなもの(ボディスーツ・ガードルなど)は身につけないでお越し下さい。但し、コルセットの方は検査前にはずしていただきます。

※女性の方は化粧はかまいませんが、口紅は控えて下さい。

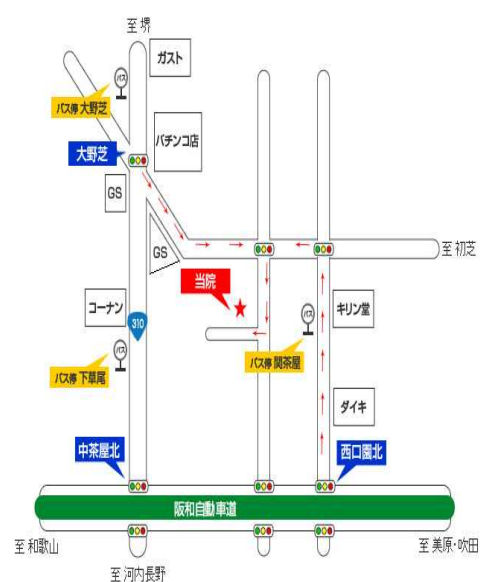
※鎮静剤を使用する患者様は、車・バイク・自転車の運転はしないでください。

当日持参する物

- ・ ② 説明・同意書
- ・ 保険証・タオル一枚
- ・ お薬手帳が現在飲まれているお薬

抗血栓薬 () 月 日から中止

抗血栓薬 () 月 日から中止



その他、ご不明なことがありましたら下記にご連絡ください。
医療法人浩仁会 南堺病院 TEL 072-236-3636