

胃内視鏡予約を予約される方へ

〈 検査前日 〉

- ・検査前日は夜9時までに食事を済ませ、夜9時以降は水かお茶のみとして下さい。

〈 検査当日 〉

- ・朝は禁食ですが、水分補給（水・お茶など透明なドリンク）は可能です。
- ・検査当日の糖尿病の内服薬は飲まないで下さい。
- ・その他の検査当日の朝の内服薬は、検査2時間前までに服用してください。
- ・検査の際、義歯、眼鏡、時計、アクセサリ、化粧、マニキュアは、控えて下さい。

〈 検査後 〉

- ・のどの麻酔のため、検査後1時間は飲食できません。
- ・鎮静剤希望の方は、点滴をしながら検査します。
また、検査終了後1時間程は病院で休んでから帰宅となります。（鎮静下の検査後の仕事・外出は控えて下さい）

〈 来院について 〉

- ・検査20分前にはご来院ください。
- ・検査に来院時には、公共の乗り物（バス・電車など）をご利用し、自転車、バイク、車での来院はご遠慮ください。

〈当日の持ち物〉

保険証・お薬手帳

豊島区胃カメラ健診の方は、胃カメラのチケット必ず持参して下さい。

（チケットがない場合は検査は行えません）

*胃カメラ・鎮静剤の同意書・問診表は当日ご記入いただきます。

*不明な点がある場合は事前にご連絡いただくか、かかりつけ医にご相談してください。

*アレルギー（キシロカイン、薬物など）のある方は担当看護師までお知らせください。

上部内視鏡検査（胃カメラ）・生検 同意書

◆血液の流れをさらさらにする薬を飲んでいますか？

はい ※生検は実施できません。

いいえ

↓
病変を認めた場合

生検（組織検査）に同意する。

生検（組織検査）に同意しない。

◆鎮静剤の使用を希望しますか？

希望する → 別紙同意書の記入あり。

希望しない

説明年月日： 年 月 日

説明医師：

上部内視鏡検査（胃カメラ）について説明を受け、内容を理解し了解した上で、検査を受けることに同意します。

同意年月日： 年 月 日

患者氏名： _____

緊急連絡先： _____

氏名： _____（続柄： _____）

鎮静剤使用の説明・同意書

精神的・身体的苦痛、緊張を和らげるための鎮痛剤の使用が可能です。

・鎮痛剤については極稀に、一過性の呼吸抑制が起きたり、お薬によるアレルギー反応や頭痛・吐き気が起こったりといった副作用が起こることがあります。

また、鎮静効果には個人差が大きく、薬が効いている間「ぼーっ」としたり、完全に眠ってしまうこともあります。

検査終了後は眠気が残り、足元がふらつく、目焦点が合わないといったことがありますので体が十分にしっかりするまで休憩してからお帰りいただきます。（検査後2時間程度）

時間の余裕をもって受診してください。

また、当日乗り物（自動車・バイク・自転車等）を運転はできません。

飲酒につきましても、検査後当日はおやめください。

説明年月日 ： 年 月 日

説明医師 ：

鎮静剤ついて説明を受け、内容を理解し了解した上で使用に同意します。

同意年月日 ： 年 月 日

患者氏名 ： _____

代理人 ： _____（続柄 ： ）

記入日： 年 月 日

上部内視鏡検査（胃カメラ）問診票

氏名： _____ 生年月日： T・S・H 年 月 日

問 診	
現在、胃の病気（胃潰瘍など）で治療していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
ピロリ菌除菌治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 除菌結果 (できた・できない)
薬剤アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名 ()
現在、高血圧の治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名 ()
現在、糖尿病の治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名 ()
現在、血液をサラサラにする薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名 ()
入れ歯をいれていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
右記の病気で治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 心疾患
右記の鼻の病気をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 鼻茸 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎
歯の治療で麻酔を使ったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 使用時の問題 ()
たばこは吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
お酒は飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血縁にがんにかかった人はいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (誰が) (病名)
胃カメラを受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (いつ) (結果)