

診療情報提供書

(複十字病院用)

平成 年 月 日

(公財) 結核予防会 複十字病院

〒204-8522 東京都清瀬市松山 3-1-24

医療機関名:

所在地:

TEL:

FAX:

医師名:

〔診療科目〕(該当する診療科を○で囲んで下さい)

内科・呼吸器科・消化器科・乳腺科・整形外科

循環器科・神経内科・糖尿病科・耳鼻咽喉科

泌尿器科・皮膚科・サルコイドーシス科

〔検査項目〕

MRI、CT、CT・肺機能セット、消化管内視鏡検査(上部・下部)

核医学検査、PET/CT、超音波検査

希望医師名 _____ 受診希望日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

複十字病院受診歴【有・無・不明】

フリガナ	男 女	生年月日
患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所 〒 TEL ()		
紹介目的		
主訴及び傷病名		
既往歴及び家族歴		
薬剤アレルギー (有・無)		
症状経過・検査結果・治療観経過		
現在の処方		
備考		
資料持参 (有・無) X線フィルム・内視鏡フィルム・検査の記録・その他 ()		

・・・・・・(上部・下部)消化管内視鏡検査の説明書および同意書・・・・・・
(消化01)

[目的]

消化管内視鏡検査は口や肛門から直接内視鏡を挿入し食道、胃、十二指腸、大腸などを観察する検査です。潰瘍、ポリープ、癌、炎症などの病気の診断、治療を内視鏡を用いて行います。

[方法]

1. 検査前日より食事制限があります。検査の種類により変わりますので別紙にて確認してください。
当日、上部消化管内視鏡では朝は禁食、大腸内視鏡では朝昼が禁食です。
2. 大腸内視鏡の方は当日、大腸の中を空にする下剤(2L)を飲みます。
3. 軽い静脈麻酔を行います。大腸検査の方は検査中に点滴をします。
4. それぞれの検査を行います。
5. 検査終了後は、静脈麻酔の効果がとれるまで休んでいただきます。
6. 上部消化管内視鏡検査後、のどの麻酔が切れるまで(約1時間)は、飲食はしないでください。

[注意点]

- ・ 消化管の検査はバリウムなどを用いたX線透視検査でも可能です。
この説明書を見られて他の方法を検討されたい方は主治医に遠慮なくお申し出ください。
- ・ 麻酔アレルギー：上部内視鏡検査(胃カメラ)の前に、嘔吐反射を防ぐため、喉にキシロカインによる麻酔を行います。稀にこの薬に対してアレルギー反応を起こすことがありますので、以前に内視鏡検査や歯の治療で気分が悪くなったことがあればお申し出ください。
- ・ 注射：胃や腸の動きを止める薬(抗コリン剤)を使用する場合があります。緑内障、前立腺肥大、心臓病、甲状腺機能亢進症のある方は薬の使用を控えますのでお申し出ください。
検査を楽にするために軽い静脈麻酔を行う場合がありますが、この薬の使用後は眠気が残ることがあります。来院の際、車などの乗り物の運転はおやめください(検査後、当日は運転しないでください)。
また、薬により一時的に血管痛が出現することがあります。希望されない方はお申し出ください。
- ・ 生検：検査時に異常を認めた際に、病変部より小さな組織を採取し検査に提出する場合があります。通常は、出血は自然に止血される程度ですが、稀に、出血が続き処置が必要なことがあります。血液をサラサラにする薬(ワーファリン、パナルゾン、バイアスピリンなどの抗凝固剤や血小板凝集抑制剤)を内服中の方や肝臓病の方はその危険性が増すので、お申し出ください。このような内服薬を休薬中の脳梗塞などのリスクを減少させるため、基本的に内服継続のまま検査を施行します。薬の種類、状態により生検できないこともありますが、必要時は改めて再検査させていただきます。
- ・ 大腸検査当日の下剤(2L)の内服後、排便なく腹痛のある方は早めに看護師に連絡してください。

[合併症]

稀に出血、穿孔などの合併症を起こすことがあります。万が一合併症が起きた場合、入院や緊急の処置・手術が必要になることがあります。発生頻度の全国集計は上部消化管内視鏡では0.062%、大腸内視鏡では0.051%となっています。その際の経費は原則として患者様のご負担になりますので、あらかじめご承知おきください。

下記の質問にお答えください。

- 1) 薬剤アレルギーはありますか? はい . いいえ
 2) 1) で「はい」の場合の薬剤はなんですか . . . 薬剤 _____ 具体的症状 _____
 3) 局所麻酔を受けたことがありますか? はい . いいえ
 4) 局所麻酔で気分が悪くなったことがありますか? . . . はい . いいえ
 5) 緑内障と言われたことがありますか? はい . いいえ
 6) 血液を固まりにくくする薬を使用していますか? . . . はい . いいえ
 7) (男性のみ) 尿の出が悪いと感じていますか? はい . いいえ
 8) 血圧、甲状腺、心臓の病気がありますか? はい . いいえ

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明医師 _____ 科 _____

以上の診療に際して、十分な説明を受け、その目的・方法・合併症あるいは副作用を理解し納得しましたので、(上部・下部) 消化管内視鏡検査を受けることに同意します。

また、以上の診療中に生じた合併症に対する緊急処置に関しては、詳細な説明が無くても、医師の適切な判断に基づく処置を受けることに同意します。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者ID _____

患者氏名(自署) _____

親族または代理人氏名(自署) _____

提出された同意書は該当診療施行前ならば、いつでも撤回可能ですのでお申し出下さい。撤回により、医療者との関係に関する不利益を受けることは一切ありません。不明な点は、遠慮なく担当医に御質問下さい。

複十字病院内視鏡室 Tel 0424-91-9238 (AM8:30~PM5:00)

公益財団法人結核予防会複十字病院 病院長

胃カメラ検査予約表

様

検査予定日は 月 日 () です

* 胃カメラ検査を受けられる方へ

- 1) 検査前日は、夕食を軽くして消化のよいものを午後8時までにお召し上がりください。それ以後は食べないでください。
お水やお茶は飲んでも構いません。
〈アルコール類・乳製品は飲んだり食べたりしないでください〉
- 2) 検査当日の朝は何も食べないでください。
起床時、コップ1杯(約200ml)の水を飲んで来ててください。
〈血圧・心臓のお薬を飲んでいる方はこの時に飲んでください。〉

* 検査当日の受付について

- ☆ 8時30分から9時30分までに「医療連携室」にお越しください。
- ☆ 保険証・診療情報提供書・同意書・診察券(お持ちの方)を提出してください。

* 注意事項

- ・検査時に安定剤と麻酔の注射をすると血管痛(血管にそってチクチク痛)が起こることがあります。
- ・検査時、薬を使う都合上、当日は自動車及び自転車での来院はご遠慮ください。
(薬の影響で眠気が残りますので、乗り物で来院された方には注射ができませんのでご了承下さい。)
- ・妊娠している方、又は妊娠の可能性のある方は申し出てください。
- ・緑内障(青そこひ)、前立腺肥大症、心臓病、甲状腺機能亢進症、高血圧、薬のアレルギー、胃の手術をされた方はお申し出てください。

* 都合で来院できないときは、必ず下記へご連絡ください。
複十字病院 医療連携室 電話：042-491-9128(直通)