

内視鏡(上部消化管)検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書
FAX 0258-28-9060

長岡赤十字病院 病診連携室 宛
TEL : 0258-28-3600 (代表)

受付時間 : 平日8:30~16:30 (FAXは24時間受信可)
※上記時間外の受信は翌診療日以降の返信となります。

※受取り後に内容を確認する場合があります。
電話対応が可能な時間帯にお申込下さい。

紹介元 令和 年 月 日
医療機関名
診療科
医師名
TEL
FAX
担当者

●患者情報

フリガナ 氏名				性 別	当院受診歴
				男 ・ 女	有 ID番号
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳			無	
※外国人の場合 国 籍		母国語		使用言語	
住 所	〒			電話番号 (日中の連絡先)	
				— —	
保険者番号			公費負担者番号		
記号番号			受給者番号		
被保険者 (本人・家族)	負担割合 (割)	公費有効期限	年 月 日		
検査希望日	※ 原則、【月・火・水】曜日のご案内となります。希望に添えない場合は最短日のご案内いたします。 ① 年 月 日 () ② 年 月 日 () ☐ いつでもよい その他 ()				
臨床診断 検査目的 (別紙可)					
ブスコパン使用	☐ 可 ☐ 否				
抗凝固剤・ 抗血小板の服用	☐ 継続中 (生検禁) ☐ 継続中 (生検可) ☐ 中止 (生検可) ☐ 無 (生検可)				
薬 剤 名			休 薬 日	月 日から	
感染症既往	☐ 未検査 ☐ なし ☐ あり (HB[] HCV[] HIV[])				

予約日時を確定し、「検査予約票」をFAXいたします。内容をご確認のうえ患者さんにお渡しください。

※日赤記載欄

同意書FAX

◆◆◆上部消化管内視鏡検査・説明書◆◆◆

- 一般に言う胃カメラ検査のことですが、食道・胃・十二指腸の内腔を直接観察し炎症・ポリープ・がんなどを発見する検査です。

- 直径 10mm 程度の内視鏡を口から挿入し、空気で膨らましながら観察します。一般には約 10 分間程度で終了しますが詳細観察では時間が追加されます。



- 前処置として以下があります。

- ①血液を固まりにくくする薬は一定期間休薬することがあります。(詳細は別紙)
- ②前日夕食は19時前に済ませて、その後は食事をとらないで下さい。
- ③必要な内服薬は当日朝も内服します。
- ④検査準備室で胃液の泡を消すシロップ薬(プロナーゼ)を飲みます。
- ⑤検査中ののどの違和感を軽減するため、キシロカインゼリーなどでのど麻酔をします。
- ⑥胃腸の動きを抑える薬(ブスコパンなど)を注射します。

上記薬剤にアレルギーのある方、ブスコパンが使用できない疾患(緑内障、重症心不全、前立腺肥大など)のある方は、支障の出る可能性がありますのでお申し出下さい。

- 検査中に以下の操作を加えることがあります。

- ①粘膜の一部を採取して、顕微鏡検査へ提出します。(生検)
- ②変化を明瞭化するために、色素を散布し観察します。(色素散布)
- ③出血が見られた際には止血術を行います。(内視鏡的止血術)

- 検査は細心の注意にて施行されますが偶発症(トラブル)として以下が報告されています。

- ①内視鏡自体による粘膜損傷(こすれ)や消化管穿孔(破れる)
- ②生検による出血
- ③キシロカインゼリーなどによる薬剤アレルギー

全国統計で偶発症の頻度は0.005%(20,000人に1人)とのことです。万一検査後に、吐血・タール便・強い腹痛などが見られた時は当院に連絡ください。精査の結果、偶発症が生じていた場合でも当院スタッフが全力でその解決に努力します。

消化器内視鏡検査における同意書

☐の欄をレ点でチェック

☐事前のウイルス検査

内視鏡検査は1日に多数の患者さんに検査を行いますが、医療機器を介して人から人への感染が発生してはなりません。そのため各患者さんの、B型・C型肝炎ウイルス、梅毒、エイズウイルスの有無について事前に確認しておくことが必要となります。事前の採血で検査されますが結果は内視鏡検査の結果と同時に確認できます。担当医にお尋ねください。

上記につきご了承いただけましたら下欄内に署名をお願いします。

☐上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）

検査日 年 月 日

別紙の説明書をお読みいただき、ご了承いただけましたら下欄内に署名をお願いします。

☐下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ）

検査日 年 月 日

別紙の説明書をお読みいただき、ご了承いただけましたら最下欄内に署名をお願いします。

☐大腸ポリープ切除術

血液を固まりにくくする薬を使用していない場合など、条件があれば、下部消化管内視鏡検査と同時に行うことができます。別紙の下部消化管内視鏡検査説明書をお読みいただいた上で、ご了承いただけましたら最下欄内に署名をお願いします。

説 明

本紙および別紙説明書のとおり、事前のウイルス検査、上部消化管内視鏡検査、下部消化管内視鏡検査・同時の大腸ポリープ切除術の目的・方法・合併症について説明致しました。

年 月 日 科 医 師

※署名以外は必ず押印すること

同席看護師

同 意 書

本紙および別紙説明書のとおり、事前のウイルス検査、上部消化管内視鏡検査、下部消化管内視鏡検査・同時の大腸ポリープ切除術の目的・方法・合併症について理解し、その施行に同意します。

年 月 日 本人署名

代理人署名 続柄（ ）