

◆◆◆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。

ID

消化器内視鏡問診票

検査日 (/)

お名前 ()歳

診療の参考とさせていただきますので、あてはまる項目に○をつけ、必要な部分にご記入願います。

質 問 事 項		回答欄	
心疾患、不整脈、緑内障、前立腺肥大と言われたことがありますか？ 病名（ ）		はい	いいえ
麻酔薬（キシロカイン）のアレルギーはありますか？		はい	いいえ
抗血栓薬（血液の流れを良くする薬、血液が止まりにくくなる薬）を飲んでいますか？ 薬剤名（ ）		はい	いいえ
抗血栓薬を飲んでいる方で、この検査のために医師の指示で内服を中止しましたか？ 中止した日（ 月 日）		はい	いいえ
サプリメントを飲んでいますか？ 薬剤名（ ）		はい	いいえ
サプリメントを飲んでいる方で、この検査のために医師の指示で内服を中止しましたか？ 中止した日（ 月 日）		はい	いいえ
今までにお腹の手術を受けたことがありますか？		はい	いいえ
ピロリ菌の検査をしたことがありますか？ ———▶ ピロリ菌の検査をした方にお聞きします。ピロリ菌はいましたか？		はい	いいえ
ピロリ菌の除菌をしたことがありますか？ ———▶ ピロリ菌の除菌をした方にお聞きします。除菌は成功しましたか？ 除菌日（ 年 月 日）		はい	いいえ
今までに癌と診断されたことがありますか？ 病名（ ）		はい	いいえ
家族・血縁者の中で癌で亡くなったり、あるいは現在も治療中の方はいますか？ ———▶ はいと答えた方にお聞きします。その中に大腸癌の方はいますか？		はい	いいえ
たばこを吸っていますか？		はい	いいえ
		以前吸っていたが今は吸わない	
お酒を飲みますか？		はい	いいえ
		以前飲んでいたが今は飲まない	
———▶ 飲むと答えた方にお聞きします。当てはまる項目に○をつけてください （ ）習慣飲酒＜週3日以上飲酒する人＞ （ ）非習慣飲酒＜飲酒するが週2日以下、月3回以上の人＞ （ ）機会飲酒＜飲酒するが月2回以下の人＞			

※以下は病院スタッフが記入するのでチェック不要です。

- 1) 鎮痙攣剤使用: あり(ブチルスコポラミン、グルカゴン、ミンクリン) なし
2) 鎮痛・鎮静剤使用: あり(ミタゾラム、ソセゴン、プロポフォール、プレセデックス、ケタラール) なし
3) 送気: 空気 CO2 4) NBI(拡大): あり なし
5) 技師・看護師名: () () () ()

問診票（内視鏡室感染対策用）

以下の質問にお答えいただきますようお願いいたします。

「はい」「いいえ」に○をつけてください。

記載日 年 月 日 お名前

① 発熱はありますか？

はい ・ いいえ

（本日の体温 . °C）

② 2 週間以内に接触した方で、新型コロナウイルス感染症と診断された方がいますか？

はい ・ いいえ

③ 1 週間以内にワクチン接種を受けましたか？また今後の接種予定が決まっている方は日付をご記入ください。

はい ・ いいえ 接種日（ 月 日）

※ワクチン接種前・後 1 週間は、内視鏡検査・治療を行うことができませんのでご注意ください

※内視鏡検査・治療前は、飲食を伴う集会への参加や、不特定多数の集まるイベントへの参加は避けてください。

※上記の質問に 1 つでも「はい」がある場合、感染予防対策上、検査当日でも検査・治療を延期させていただく場合があります。また、医師の指示にて内視鏡検査前に検査（インフルエンザ・抗原検査など）を追加させていただく場合があります。

ご不明な点やご質問などありましたら、午前 8 時 30 分～午後 4 時の間に内視鏡室へお問い合わせ下さい。

長岡赤十字病院 TEL 0258-28-3600 内視鏡室