

## 内視鏡(上部消化管)検査共同利用説明書 (登録医用)

### 医療機器共同利用の手続き

- 検査予約は検査のみで診察はありません。診察を希望される場合は、該当する診療科への診察予約を必ずお取り下さいますようお願い致します。
- 保険請求は当院で行います。

### 【ご利用手順等】

1. 『利用申込書兼診療情報提供書』を記入され、病診連携室にFAXでお送りください。保険証・医療証はコピーを同時にFAXしていただければ申込書への記入は不要です。
2. 検査日を電話で連絡し、検査日・時間を記入した『ご案内』を返信しますので、患者さんにお渡し願います。
3. 検査結果は概ね10日ほどかかります。お手元に届きましたら患者さんに結果の説明をお願い致します。

### 【内視鏡検査申し込み時の注意事項】

- 抗凝固剤や抗血小板の服用の有無、服用ならその薬品名と休薬日を記入してください。なお、休薬して起こりうる合併症について患者さんにご説明をお願い致します。  
参考：14日前から休薬 パナルジン  
7日前から休薬 ワーファリン、バファリン、アスピリン、エパデール  
4日前から休薬 プレタール  
2日前から休薬 ドルナー、プロサイクリン  
1日前から休薬 プロレナール、オパルマン、アンプラーグ
- ブスコパン使用の可否に○を付けてください。  
(禁忌:緑内障・前立腺肥大・心疾患)
- ウイルス検査の必要性について、別紙「内視鏡検査を受けられる方へ」を患者さんにお渡し願います。検査当日総合案内にて説明し、「ウイルス検査同意書」を頂戴します。

### 【食事制限】 患者さんに説明をお願いいたします。

- 検査前日の午後7時以降は禁食となります。

※お問い合わせ等がありましたら「病診連携室」までご連絡を下さるようお願い致します。

長岡赤十字病院 病診連携室 TEL(代表)0258-28-3600(内線)2238  
FAX(直通)0258-28-9060

長岡赤十字病院 内視鏡(上部消化管)検査

2014.11

共同利用申込書兼診療情報提供書

FAX 番号(直通) 0258-28-9060

医療機関名

所在地

電話・FAX

担当医師名

送付日 平成 年 月 日

◆患者さん情報◆

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S・H 年 月 日
住所		電話	( ) -

※保険証及び公費等医療証を FAX していただければ、保険情報の記入は不要です。

保険証記号番号		医療証負担者番号	
保険者番号		医療証受給者番号	
被保険者区分	本人 ・ 家族	負担割合	割

◆臨床診断・検査目的(方法・方向など含む)◆

◆内視鏡(上部消化管)検査【消化器内科医】◆ 【 】内は診断科医

抗凝固剤・抗血小板剤服用 ( + ・ - )

薬剤名 ( )

休薬日 ( 月 日から )

ブスコパン使用 ( 可 ・ 否 )

◆感染症既往◆

MRSA ( + ・ - )

梅毒 ( + ・ - )

※ FAX 受付時間 午前 8 : 30 ~ 午後 16 : 30

※ 検査予定日について、折り返しお電話いたしますので宜しくお願い致します。

長岡赤十字病院 病診連携室 TEL0258-28-3600 (内線2238)

(内視鏡検査を受けられる方にお渡しく下さい)

## ウイルス検査説明書

当院では手術前・検査前に、あなたの全身状態をよく知るとともに、もし何か異常が見出された場合にはあらかじめそれに対応する態勢を整えておくことを目的として、いくつかの検査を実施しています。この中には肝炎やエイズのウイルス検査が含まれていますが、それは次のような理由によります。

- ① もしあなたが肝炎ウイルスあるいはエイズウイルスに感染している場合、放置すれば将来必ずあなたの健康を損ねることになります。早期に治療を開始することで、発病を防いだり遅らせたりすることができます。
- ② 肝炎ウイルスおよびエイズウイルスは、血液を介して他人に感染することが知られています。手術・血管造影検査においてはある程度の出血は避けられず、また内視鏡検査においても生検(組織の一部をつまみとって検査する)時などにわずかに出血することがあります。この様な時に、もしあなたが肝炎ウイルスあるいはエイズウイルス陽性であったとしたら、あなたの血液が術者の手指の傷や粘膜に付着してそこからウイルスが術者に感染する可能性があります。この場合には直ちに発病を予防する処置を講じなければなりません。
- ③ 手術時あるいは検査時に使用する器具は、使い捨てにはできないものもあります。それらは常々厳重に滅菌消毒をしておりますが、もしあなたが肝炎ウイルスあるいはエイズウイルス陽性の場合には、他人への感染を防ぐため、使用器具についてはなお一層の厳しい管理が必要となります。
- ④ 採血によるウイルス検査にご同意をお願いします。印鑑をご用意ください。検査当日、総合案内にて説明いたします。

以上の説明で十分にご理解がいただけない場合には、どうぞ遠慮なく主治医や担当看護師などにお尋ね下さい。あなたが納得ゆくまで御説明申し上げます。

しかしそれでもご了解いただけない場合には、ウイルス検査を拒否されてもかまいません。但しその場合には、術者および他のスタッフ、あるいは他の患者への感染を予防する目的で、あなたが肝炎ウイルスあるいはエイズウイルス陽性であるものとして対応させていただきます。

検査結果が、もし陽性であった場合は、今後の対応などについて当院のスタッフが御相談に応じますので、どうぞ御遠慮なくお申し付け下さい。なお、あなた自身のプライバシーは厳重に保護されることを確約いたします。

長岡赤十字病院

- ・代理人は、患者が未成年の場合は親権者、成年者の場合は、配偶者、子親、兄弟姉妹又は後見人のいずれかの成年者とする。
- ・代理人が提出する場合は、代理人の住所及び患者との続柄を記入のこと。
- ・手術・検査の項目を選択すること。

## 長岡赤十字病院

### ウイルス検査同意書並びに確認書

入外・共・10

## ウイルス検査同意書

長岡赤十字病院長 様

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、手術・内視鏡検査・血管造影検査を受けるにあたり、ウイルス検査の意義・目的について医師・看護師： \_\_\_\_\_ より十分な説明を受け、理解・納得いたしました。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人又は代理人の署名 \_\_\_\_\_ ⑩

住所 \_\_\_\_\_

(代理人の場合)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 続柄 \_\_\_\_\_

## ウイルス検査同意確認書

上記の検査については、その目的・意味することを別刷パンフレットにてお伝えし、不足の点については補足説明致しました。その結果、検査を受けることについての同意を得ました。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

長岡赤十字病院 \_\_\_\_\_ 科

検査指示医師 \_\_\_\_\_ ⑩