

診察・検査申込票

平成 年 月 日

彦根市立病院 地域医療連携室宛
彦根市八坂町1882番地
TEL 0749(22)6053
FAX 0749(22)6093

医療機関の名称
住所
医師氏名 _____ ㊞
TEL
FAX

[診察 ・ 検査] どちらかに○をお願いします。

診 察	受診科:	医師の希望: 無 ・ 有 (医師名: _____)									
	希望日:	無 ・ 有 あればお書きください。(_____) ・ できるだけ早く									
検 査	検査名:	CT ・ MRI ・ MRA ・ 核医学 (RI) ・ 超音波 ・ 上部消化管内視鏡 ・ その他 (_____)									
	部位	頭部	頸部	胸部	上腹部	下腹部	骨盤	頸椎	胸椎	腰椎	肩
		膝	骨	ガリウム	脳血流	甲状腺	心臓	その他の部位 (_____)			
	造影検査	必要 ・ 不要 (造影必要時にはその旨を患者様にご説明ください)									
	希望日:	無 ・ 有 あればお書きください。(_____) ・ できるだけ早く									

● **検査用チェック項目** (☆造影検査時必須項目) (※MR時必須項目)

妊娠 <small>12週未満は原則禁忌</small>	有・無	体 重	kg	☆薬物 アレルギー	有・無	☆喘息歴	有・無	☆メトホルミン 使用	有・無	☆Cre (_____)	
※体内金属	有・無	※イレズミ (軟アライ)	有・無	※心臓 ペースメーカー	有・無	※腫瘍 クリップ	有・無	※閉所 恐怖症	有・無	※コンタクト レンズ	有・無

感染症 (内視鏡可能ならば) : HBS抗原 + ・ - HCV抗体 + ・ - TPHA + ・ -

傷病名: _____

受診の目的: _____

患者情報 外来患者 入院中 入所中

フリガナ 患者氏名	_____											
患者住所	〒 _____										TEL (_____)	
生年月日	M	・	T	・	S	・	H	年	月	日生	性別	男 ・ 女
彦根市立病院受診歴:	無 ・ 有											
診察券番号 (分かる場合は記入してください):	_____											

● 彦根市立病院受診歴のない方および保険変更のあった方は、下記の欄に記入していただくか、または保険証のコピーをFAXで送信してください。

健康保険証	保険者番号		資格取得日	平成	年	月	日
	記 号		有効期限	平成	年	月	日
	番 号		負担割合	割			
	続 柄	本人 ・ 家族		継 続	無 ・ 有		
福 祉	記 号		有効期間	平成	年	月	日から
	番 号			平成	年	月	日まで
公費①	負担者番号		公費有効期間	平成	年	月	日から
	受給者番号			平成	年	月	日まで
公費②	負担者番号		公費有効期間	平成	年	月	日から
	受給者番号			平成	年	月	日まで

※FAXの受付時間 月曜日～金曜日(8:30～19:00)・木曜日(8:30～17:00)・土曜日(8:30～12:30)
※休日および時間外での申し込みはできません。

同意書

年 月 日

彦根市立病院 院長 様

患者	氏名	Ⓜ
保証人（親族）	氏名	Ⓜ（本人との続柄： ）
説明医師	氏名	Ⓜ

下記の診療行為の内容について説明を受け、理解しましたので、その実施に同意いたします。

記

予定手術・処置・治療・検査

上部消化管内視鏡検査（胃）

1. 予定日 年 月 日

2. 病名および診療行為等の内容

〈検査目的〉

上部消化管とは、食道・胃・十二指腸を指します。これらの場所にできる病気（炎症・潰瘍・ポリープ・癌・食道静脈瘤など）を見つけ、適切な治療方法を考えるために行います。

〈方法〉

まず、胃の中を見やすくするシロップを飲んでから、のどをゼリー状の麻酔薬で麻酔します。

内視鏡（うどんの少し太い程度）を口から挿入し、上部消化管をまんべんなく観察します。

検査中に、何か異常が認められたり、また疑われた場合には必要に応じ以下のような処置を行う場合があります。

- 1) 粘膜組織の一部を鉗子でつまみ（生検）、組織（細胞）の検査を行います。
- 2) 病変部位に安全な色素を散布し、病変を明瞭にして診断の助けとします。
- 3) 出血などが見られた場合には止血操作を行います。

4. 合併症と危険性

精密な検査ほど、偶発症の頻度が増加します。内視鏡検査による合併症としては以下のようなことが報告されています

- 1) スコープによる粘膜損傷や裂傷、まれに穿孔
- 2) 生検による出血
- 3) 検査前にあった疾患の悪化など
- 4) のどの麻酔によるショック

日本内視鏡学会が調査した全国集計（2000年）によるとその頻度は0.007%、死亡率は0.00045%でした。万一、偶発症が発生したときは外科的処置を、含めた最善の処置いたします。

また、検査の特性上必ずしも担当医が検査をするものではありませんのでご了承ください。以上のことにご承諾の上、同意書にご捺印の上、外来患者様は検査受付へ、入院患者様は担当医か看護師へご提出ください。この他、疑問点がございましたら担当医におたずねください。

別紙説明書あり（ 枚）・なし

コピー不要・コピー済

上部消化管内視鏡検査問診票

ご記入後、検査当日ご持参ください

※ お名前をお書きください。 → _____

※ 以下、お尋ねします。

1 内視鏡検査は（ 初めて受ける ・ 過去に受けたことがある ）

※ いずれかを囲んでください。

2 下記の項目に該当する方は、（ ）内に○印をしてください。

⑦については、いずれかを囲んでください。

①（ ） 緑内障といわれたことがある。

②（ ） 心臓が悪い。（心筋梗塞、狭心症、不整脈など）

③（ ） 尿が出にくい。（前立腺肥大など）

④（ ） 糖尿病といわれている。

⑤（ ） 抗凝固剤（血液を固まりにくくする薬）を飲んでいる。

⑥（ ） 喘息、アレルギー体質、薬剤アレルギーである。

⑦ 高血圧の方は、本日の降圧剤の服用を（ した ・ していない ）

⑧（ ） 義歯がある。

⑨（ ） 上記のいずれにも該当しない。

※ 以下、いずれかを囲んでください。

3 胃潰瘍、十二指腸かいようといわれたことがありますか？

（ はい ・ いいえ ）

4 ヘリコバクター・ピロリ(ピロリ菌)がいるといわれたことがありますか？

（ はい ・ いいえ ）

5 ピロリ菌の除菌療法を受けたことがありますか？

（ はい ・ いいえ ）

※ その他、気になることなどがあればお書きください。

上部消化管内視鏡検査について

- 検査の前に、胃内の泡や粘液を除去する薬を飲んでいただいた後に咽頭反射(えずき)を軽くするため、ゼリー状の薬により喉の局所麻酔を行います。
- 検査ベッドでは、左を下にして横になっていただきリラックスしていただきます。
- 検査用スコープの直径は1cmです。
- 食道、胃、十二指腸を観察し、異常を発見した場合は薬剤を散布したり、粘膜の一部を採取(生検といいます。)して、さらに精密な検査を行います。
- 検査に要する時間は、約5～10分です。

検査が終わった後では

- 喉の麻酔がとれるまでは食事をしないでください。1時間から2時間で麻酔の効果はなくなります。
- 胃を膨らますために入れた空気が腸に残りますので、『お腹が張った感じ』や『鈍い痛み』が生じることがありますが、体を動かしているうちにガス(おなら)が出れば治ります。
- 注射をした方は、目がかすんだり、まぶしいと感じることがあります。30分から1時間は車の運転をしないでください。

- ※ 医師や看護師から、検査後の注意事項についてお話しします。
- ※ わからないことや気になることがあれば、お気軽にお尋ねください。
- ※ ひどい痛みがあったり黒い便が出たりした時は、来院するか下記にご連絡していただくようお願いいたします。

《連絡先》彦根市立病院 電話 0749-22-6050 (代)

- ・平日の8時30分～17時15分は、内視鏡センター
- ・平日の上記時間外および土・日・祝日は、救急センター

(2014 . 6 改訂)

上部消化管内視鏡検査予約票

様

検査日時 平成 年 月 日 () 時 分より

正しい診断ができるよう、以下のことをお守りください。

検査の前日

- ・ 夕食は午後 9 時までに消化の良い食事をとり、それ以降は食べたり飲んだりしないでください。(白湯はかまいません。)
- ・ 飲酒や喫煙は、反射を強めて検査が苦しくなるので控えてください。
- ・ 普段から、就寝前に服用されている薬は、いつものように服用してください。

検査の当日

- ・ 朝食、水分は絶対にとらないでください。ただし、特別な薬を服用している方は予約時に申し出てください。
- ・ 薬を服用する必要のある方は、医師の指示に従い、少量の水で服用してください。
- ・ 糖尿病でインスリン注射をされている方は、注射しないでください。
- ・ 喫煙しないでください。

来院時のご注意

- ・ なるべくゆったりした服装にして、口紅、ガードル、ボディースーツなどは控えてください。
- ・ 診察券(診察カード)と検査予約票を持参し、15～30 分前に 1 階の内視鏡センターにお越しください。

- ※ 検査開始時刻は、検査の都合上、予約時刻よりも多少前後することがありますが、予めご了承ください。
- ※ 検査予約日のキャンセル・変更は、検査前日までに地域医療連携室までご連絡ください。止むを得ず検査当日に来院できなくなった場合にもご連絡くださるようお願いいたします。

※わからないことや気になることがあれば、お気軽に検査担当者にお申し出ください。

彦根市立病院 地域医療連携室 電話 0749-22-6053

(2014 . 6 改訂)