

診察・検査申込票

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 _____ ⑩

TEL

FAX

[診察 ・ 検査] どちらかに○をお願いします。

診	受診科：	医師の希望：無・有	（医師名： _____）
察	希望日： 無 ・ 有	あればお書きください。（ _____ ） ・ できるだけ早く	
検	検査名	CT MRI MRA 核医学(RI) 超音波 骨塩定量 上部消化管内視鏡(経口・経鼻) 下部消化管内視鏡 その他（ _____ ）	
査	部位	頭部 頰部 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	☆小林シ 使用	有・無	☆Cra	
※体内金属	有・無 可・不可	※イレズミ (永久7行)	有・無	※心臓 ペースメーカー	有・無	※脳動脈瘤 クリップ	有・無	※閉所 恐怖症	有・無	※コンタクト レンズ	有・無

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		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒 _____	生 年 月 日	M・T・S・H・R 年 月 日生（ 歳）
電話番号	(自宅) _____	(携帯) _____	
彦根市立病院受診歴： 無 ・ 有	診察券番号（わかる場合は記入してください）： _____		

保険情報

健康保険証	保険者番号		資格取得日	年 月 日
	記号		有効期限	年 月 日
	番号		負担割合	割
	続柄	本人 ・ 家族	継 続	無 ・ 有

※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（9:00～12:30）

※休日および時間外での申し込みはできません。

同意書

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

㊞

私は下記の説明内容を理解し、検査することについて（いずれかに○印をつけて下さい）

- ・同意する ・同意しない { 検査を受けない事による結果については、主治医・検査
担当医・病院の責任を追究いたしません }

記

1. 予定検査

下部消化管内視鏡検査（大腸）

2. 予定日

3. 病名および診療行為等の内容

〈検査目的〉

大腸にできる病気（炎症・潰瘍・ポリープ・癌など）を見つけ、適切な治療方針を考えるために行います。

〈方法〉

内視鏡を肛門から挿入し、大腸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疑われたりする時には、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) ポリープが見られた場合、切除することがあります。具体的にはポリープに細いワイヤーをかけ、高周波電流を流して焼灼切除します。

4. 合併症と危険性

内視鏡検査による合併症としては以下のような事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) ポリープ切除に伴う出血、穿孔など
- 4) 検査前にあった疾患の悪化など

日本内視鏡学会が調査した全国集計（2000年）による頻度は0.04%、死亡率は0.00081%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を致します。

検査当日にポリープが認められても切除を希望されない場合は、あらかじめお申し出下さい。

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、同意書にご署名ご捺印して頂き、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下さい。その他、疑問点がございましたら担当医におたずねください。



00019134KR01C0A82183209A3C201410141533020101

下部内視鏡検査問診票

ID
氏名
生年月日

※ ご記入後、検査当日お持ちください

1. 内視鏡検査は（初めて・過去に受けたことがある）
2. 下記の項目に該当する方は、○印をしてください
 - 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（ ） 尿がでにくい（前立腺肥大症など）
 - 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（ ） おなかの手術を受けたことがある
 - ⑧ 高血圧の方は本日の降圧剤の服用（あり・なし）
 - ⑨（ ） 上記いずれも該当しない
3. モビプレップ服用後の排便状況をご記入ください
＜排便回数＞
 - ① 1～3回 ②4～6回 ③7回以上
＜最後の排便の性状＞
 - ① 無色透明な水様便
 - ② 淡黄色の水様便
 - ③ 少し固形物の混じる水様便
 - ④ 泥状の便
 - ⑤ 形のある便
4. その他、気になることが有ればお書きください

大腸内視鏡検査予約票

ID
氏名
生年月日

検査日時

中止薬 ()
これらの薬は () 月 () 日から飲まないで下さい

【検査までの流れ】

1. 検査を予約された日

- 病院内の薬局で、前処置用のお薬を受け取ってからお帰りください

2. 検査前日

- 検査前日の食事は消化の良いものを食べてください
- 下記のは、なるべく食べないようにしてください

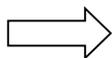
※繊維を多く含む野菜類 (ごぼう・菜っ葉野菜・もやしなど)
※こんにゃく類、きのこ類

- 食事は夜9時までに終えて、以後食べないようにしてください
- 水分は飲んでいただいて結構です
- 中止薬以外の薬は使用いただいて結構です
- 夜9時頃にピコスルファート2本をコップ1杯の水に溶かして飲んで下さい

3. 検査当日の朝

- 朝食・昼食は食べないでください
- 水分 (水・お茶) は飲んでいただいて結構です
- 中止薬以外の薬は普段通り服用してください
- 糖尿病治療薬 (内服薬・インスリン) は使用しないでください

※ピコスルファートを飲み忘れた
※当日の朝に排便がない



受診した診療科に、
電話連絡してください

<モビプレップの飲み方>

- 朝に排便があり、腹痛などの症状がない場合にモビプレップを使用します
- モビプレップは当日の朝9時から服用を開始します
- キャップを開けて約1リットルの水道水を入れ、キャップをしっかりと閉めてから、A剤とB剤の隔壁を開通させます。その後さらに1リットルの水道水を加え、均一になるように混ぜます
- 最初にコップ1杯 (約200ml) を15分程かけてゆっくり飲んで下さい

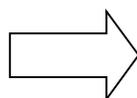
- 2杯目からは10分おきに1リットル（作ったモビプレップの半量）を約1時間かけて飲んでください
- その後、水やお茶500mlを約30分かけて飲んでください
- 飲み始めて40分～90分くらいで便が出始めます。無色か薄黄色で、水のような便になるようしっかり便を出してから来てください。
- モビプレップ使用中は、散歩などで体を動かすと腸の動きが活発になり便が出やすくなります
- モビプレップが1リットル残りますが、これはどうしても便がきれいにならない患者さん用です。そのまま病院にご持参ください

※モビプレップが飲めない

※吐き気、嘔吐

※強い腹痛

※便が出ない



受診した診療科に、
電話連絡してください

4. 検査直前

- 予約時間の30分前に来院していただき、自動再来機で受付した後、1階の内視鏡センターまでおこしてください
- 内視鏡センターで**同意書**と**問診票**ならびに**お薬手帳**をご提出ください

5. 検査終了後

- 検査後にお腹が張った感じが残ることがありますが、これは内視鏡で空気を入れたためです。おならが出ると楽になることが多いので、我慢せず出してください
- 原則として検査終了直後から食事を摂っていただけますが、医師・看護師の指導に従ってください
- 検査医師から結果説明があります

<ポリープ切除を行った場合>

※入浴は避け、シャワー程度にしてください

※消化の良いものを食べ、刺激物・アルコールは控えてください

※ジョギングやゴルフなど、運動は控えてください

※反復する出血・大量の出血があれば、病院までご連絡ください

※検査の都合上、予約時間から多少の前後があることをご了承ください

※検査予約日の都合が悪い場合には、受診された診療科までご連絡ください

彦根市立病院 内視鏡センター
Tel.0749-22-6050（代表）