# 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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
TEL
FAX

［ 診察 ・ 検査 ］どちらかに〇をお願いします。

| | | |
|---|---|---|
| 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　骨塩定量<br>上部消化管内視鏡(経口・経鼻)　下部消化管内視鏡　その他（　　） |
| | 部　位 | 頭部　頚部　胸部　上腹部　下腹部　骨盤　頚椎　胸椎　腰椎　肩　膝<br>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（12 週未満は原則禁忌） | 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 | ☆ Cra | |
| ※体内金属 | 有・無<br>可・不可 | ※イレズミ（永久アイライン） | 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<br>患者氏名 | | 性 別 | □ 男　□ 女 |
| 患者住所 | 〒　－ | 生 年<br>月 日 | M ・ T ・ S ・ H ・ R<br>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。

様式第２号（第１１条関係）

# 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

１．予定検査；

## 鎮静下内視鏡検査（麻酔）

２．予定日　　年　　月　　日

３．病名および診療行為等の内容

患者様の苦痛を軽減するため内視鏡検査を鎮静下（麻酔下）に行います。
検査前に右手より点滴を確保し、プロポフォールという鎮静剤を静脈内に投与します。注射後速やかに入眠状態になり検査が施行されます。鎮静剤は検査終了とともに効果がなくなり患者様は覚醒しますが、リカバリー室で1～2時間休憩していただいた後帰宅していただきます。

４．合併症と危険性

鎮静剤による合併症は

１）　薬剤によるショック、アレルギー

①一般的なアレルギー反応

②悪性高熱；体質的に筋肉と麻酔剤が合わない。（非常にまれですが致命的となり得ます）

２）　呼吸抑制、循環抑制

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０．０００００３％でした。

ただし、以下の合併症はおきないように細心の注意を払い、また合併症の際は速やかに万全の処置を行います。

鎮静下に内視鏡検査を受けると検査時の記憶は全くありません。検査中は意識がなく、検査後も具合が悪くなる場合があります。検査中に偶発症が起こった場合や検査後に具合が悪くなられた場合に速やかに対応するために、必ずご家族（責任の取れる方）同伴で来院してください。当センター入室から退室の間、同伴者は当センター前で待機していただきます。ご自身のみで来院された場合や同伴者が待機できない場合は、当院では鎮静下による内視鏡検査は施行できません。尚、安全のため検査後の運転は控えてください。

以上の説明を読まれ鎮静下内視鏡検査を受けることに関してご了承いただけましたらご署名をお願いいたします

同意書にご署名、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下さい。この他、疑問点がございましたら担当医におたずね下さい。

別紙説明書あり（　　枚）・なし　　コピー不要・コピー済

# 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、〇印をしてください

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
- 下記のものは、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有りますが、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）