

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

印

[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 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（ ）
	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 (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	☆アレルギー 使用	有・無	☆Cra	
※体内金属	有・無 可・不可	※イレズミ (永久75%)	有・無	※心臓 ペースメーカー	有・無	※脳動脈瘤 クリップ	有・無	※閉鎖 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	☐ 男 ☐ 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

年 月 日

彦根市立病院 院長 様

患 者 氏名 ⑩

保証人（親族） 氏名 ⑩（本人との続柄： ）

説明医師 氏名 ⑩

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

上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 （ ） 義歯がある
 - 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. 胃かいよう、十二指腸かいようと言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）がいると言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 ）
6. その他、気になることがあればお書き下さい

胃内視鏡検査予約票

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. 検査前日

- 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

2. 検査当日の朝

- 朝食は絶対に食べないでください
- コップ 1 杯程度の水分は、飲んでいただいて結構です
- 中止薬以外の薬は朝 7 時までに服用して下さい
- 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
- 予約時間の 15～30 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越しください
- 内視鏡センターで同意書と問診票ならびにお薬手帳を御提出ください

3. 検査直前

- 薬によりのどの麻酔を行った後で、胃の運動を弱くする注射を使用します

4. 検査終了後

- 口をゆすいでいただきます。ただし、のどの麻酔が効いているため、うがいはしないようにしてください。
- 飲食は 1 時間 30 分後からにしてください。
- 検査医師から結果説明があります

中止薬は () 月 () 日から再開してください

※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）