

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

診療科/医師氏名 _____ (印)

TEL:

FAX

診察	受診科: _____ 医師の希望: 無・有 (医師名: _____)		
検査	検査の種類	部位等	
	CT MRI・MRA	頭部・頸部・胸部・上腹部・下腹部 頸椎・胸椎・腰椎・肩・膝・骨盤 心臓・その他 ()	造影 (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。
	骨塩定量	※部位選択は不要	
	核医学(RI)	骨・ガリウム・脳血流・心臓・その他 ()	
	超音波	腹部・頸部・甲状腺	
	内視鏡検査	上部消化管 (経口・経鼻)・下部消化管	鎮静 (あり ・ なし)
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	★Cre	
※体内金属	有・無	※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

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・病院の責任を追及いたしません〕

記

1. 予定検査

上部消化管内視鏡検査（経鼻）

2. 予定日

3. 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〉

胃内の泡や粘液を除去する薬を飲んでいただきます。鼻出血を予防するために、血管収縮剤を点鼻します。挿入時の苦痛を軽減するために、局所麻酔薬を噴霧します。細径内視鏡スコープを鼻から挿入して検査を行います。舌を圧迫しないので喉のえづきが起こりにくい利点があります。個人差により鼻からの挿入が困難な場合は、口からの挿入で検査を行うことも可能です。検査中、必要に応じて組織生検（粘膜の一部を採取する検査）を行う場合があります。

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) 鼻の痛み、鼻出血
- 3) 生検による出血
- 4) 局所麻酔薬によるアレルギー、アナフィラキシーショック

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を致します。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

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）