

ID :

氏名 : 様

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査同意書（病院控え）

上部消化管内視鏡検査は、喉の麻酔をした後に内視鏡という細い管を入れて、食道・胃・十二指腸を直接観察し診断を行う検査です。

検査中に消化管内の異常が疑われた場合、必要に応じて次のようなことが行われます。

- 1) 粘膜組織の一部を鉗子でつまんで（生検）、組織の検査をします。
- 2) 安全な色素を使って疑わしい部位を染色し診断の助けにします。
- 3) 出血が見られた場合、止血剤を散布したり、止血目的の薬を局所に注入したり、クリップで止めたりして止血を行います。

上部消化管内視鏡検査に伴う危険性については、次のようなことが報告されています。

- 1) 内視鏡による粘膜障害（亀裂や裂傷）、稀に消化管穿孔
- 2) 前処置の薬剤によるアレルギーやショック（血圧低下、呼吸障害、意識低下など）
動悸やのどの渇き、吐き気。目の焦点が合わなくなることがあります。
- 3) 今日の出来事を後で思い出せないことがあります。
- 4) 検査前にあった病気の悪化
- 5) 生検による出血

さらに、経鼻法の場合は以下のようなことが起こる危険性があります。

- 6) 鼻の狭い人では鼻の麻酔をしても多少の痛みがある場合があります。
かなり狭い場合経鼻内視鏡が通過できず、経口法に変更することがあります。
- 7) 検査後の鼻出血
- 8) 稀に内視鏡の抜去が困難なことがあります。

尚、上記の検査に関して、いつでも同意を撤回することができます。

説明医師 _____

私 _____ は内視鏡検査の目的と方法、危険性について説明を受け、十分に理解した上で以下の消化器内視鏡検査を受けることに同意します。

上部消化管内視鏡検査 (ア) 経口法 (イ) 経鼻法

年 月 日

本人（署名） _____

または 代理人（署名） _____

代理人（本人との続柄： _____）

患者本人が同意能力のない未成年の場合、または意識障害・病状等により同意・署名が出来ない場合は、上記の代理人等署名欄に保護者、親権者、もしくは成年後見人、または親族等の方による署名をお願いします。

※予約の変更・取り消しは下記までご連絡下さい

医療法人南労会 紀和病院 ・ 紀和クリニック

連絡先 0736-33-5000 0736-34-1255

ID :

氏名 : 様

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査同意書（患者様控え）

上部消化管内視鏡検査は、喉の麻酔をした後に内視鏡という細い管を入れて、食道・胃・十二指腸を直接観察し診断を行う検査です。

検査中に消化管内の異常が疑われた場合、必要に応じて次のようなことが行われます。

- 1) 粘膜組織の一部を鉗子でつまんで（生検）、組織の検査をします。
- 2) 安全な色素を使って疑わしい部位を染色し診断の助けにします。
- 3) 出血が見られた場合、止血剤を散布したり、止血目的の薬を局所に注入したり、クリップ[®]で止めたりして止血を行います。

上部消化管内視鏡検査に伴う危険性については、次のようなことが報告されています。

- 1) 内視鏡による粘膜障害（亀裂や裂傷）、稀に消化管穿孔
- 2) 前処置の薬剤によるアレルギーやショック（血圧低下、呼吸障害、意識低下など）
動悸やのどの渇き、吐き気。目の焦点が合わなくなることがあります。
- 3) 今日の出来事を後で思い出せないことがあります。
- 4) 検査前にあった病気の悪化
- 5) 生検による出血

さらに、経鼻法の場合は以下のようなことが起こる危険性があります。

- 6) 鼻の狭い人では鼻の麻酔をしても多少の痛みがある場合があります。
かなり狭い場合経鼻内視鏡が通過できず、経口法に変更することがあります。
- 7) 検査後の鼻出血
- 8) 稀に内視鏡の抜去が困難なことがあります。

尚、上記の検査に関して、いつでも同意を撤回することができます。

説明医師 _____

私 _____ は内視鏡検査の目的と方法、危険性について説明を受け、十分に理解した上で以下の消化器内視鏡検査を受けることに同意します。

上部消化管内視鏡検査 (ア) 経口法 (イ) 経鼻法

※予約の変更・取り消しは下記までご連絡下さい

医療法人南労会 紀和病院 ・ 紀和クリニック

連絡先 0736-33-5000 0736-34-1255

ID :

氏名 : 様

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査説明書

（経口法） シロップを飲んで胃の中を見やすくします。
喉に麻酔用のスプレーを数回吹きつけます。
胃の動きを弱める注射をします。
鎮静剤を希望される方は、点滴でお薬を注射します。
検査時間は10分前後です。
終了後、注射の影響で目の焦点が合わなくなることがありますのでご注意ください。
また、検査1時間後にお水を飲んでむせなければお食事您也可以。

（経鼻法） シロップを飲んで胃の中を見やすくします。
鼻に出血予防のための薬をつけます。
胃の動きを弱める筋肉注射をします。
ベッドに横になって鼻の中に麻酔薬を数回吹きつけます。
鼻に麻酔薬の入ったゼリーを入れ、細いやわらかい管を通します。
検査時間は10分前後です。
経口法に比べて嘔吐反射が少なくてすみます。（個人差があります）
終了後、注射の影響で目の焦点が合わなくなることがありますのでご注意ください。
また、検査1時間後にお水を飲んでむせなければお食事您也可以。

＜検査前日＞ 月 日（ ）

夕食はなるべく午後 8 時までには軽くすませてください。

午後 8 時以降は絶食ですが、就寝までは水・番茶(ほうじ茶)・実のないジュースは飲んでもかまいません。就寝前に薬を服用されている方は、普段どおりにお飲みください。

＜検査当日＞ 月 日（ ）

朝食は絶食してください。

少量の水・番茶(ほうじ茶)は、飲んでもかまいません。

(コーヒー・牛乳・抹茶などの色のついた飲み物を飲むと、胃・食道・十二指腸を十分調べる事が出来ませんので、飲まないようにしてください。)

普段から心臓・血圧の薬を服用されている方は、普段どおりにお飲みください。

胃薬は飲まないでください。

糖尿病の薬を飲まれている方、インスリンを注射されている方は、朝絶食のため低血糖となる危険性がありますので、あらかじめ主治医と相談してください。

他の内服薬や注射薬についても主治医と相談してください。

＜来院時のご注意＞

検査が受けやすいように、なるべくゆったりとした服装でお越しください。

入れ歯・眼鏡・ネクタイ・腹巻・コルセットなどは検査直前にはずしていただきます。

口紅をされている方は、検査前にきれいに拭き取っていただきます。

胃内視鏡検査問診票

外来・病棟・健診

問診日

月

日

問診者：

指示医：

検査日時 月 日 時 分

20 分前には受付を済ませてください

1. 経鼻・経口どちらの方法で検査を受けますか？	☐ 経鼻	☐ 経口
2. 静脈麻酔を希望されますか？	☐ 希望する	☐ 希望しない
3. 経鼻内視鏡検査を受ける方にお聞きします。 鼻からの挿入が困難で、口から挿入に変更になった場合、検査を受けますか？	☐ 希望する	☐ 希望しない
4. 内視鏡による観察所見で、医師が詳しく調べる必要があると判断した場合、組織検査（粘膜の一部を小さく採取）を希望されますか？	☐ 希望する	☐ 希望しない
5. 胃の検査をされたことはありますか？	☐ はい	☐ いいえ
1) 「はい」の方は検査最終 いつ どこで受けられましたか？	年 月	☐ 当院 ☐ 他院 (病院)
2) どのような検査法でされましたか？	☐ 胃内視鏡（経口） ☐ 胃内視鏡（経鼻） ☐ 胃透視（バリウム）	
3) どのような結果でしたか？	☐ 異常なし ☐ 異常あり 診断名 ()	
6. ピロリ菌検査を受けたことがありますか？	☐ いいえ	
	☐ 分からない	
	☐ はい→ 陽性 陰性 いつ受けましたか 年頃	
「陽性」の判定をされた方にお聞きします *除菌のお薬を飲んで→	☐ 除菌できた ☐ 除菌できなかった ☐ 除菌していない ☐ 分からない	
*医師が、ピロリ菌の検査が必要と判断した場合は実施させていただきます。保険診療になります	☐ 了承しました	

☆静脈麻酔を受けられる方へ☆

当院では内視鏡検査時の苦痛を減らすために、静脈麻酔を採用しています。

この方法は、検査直前に点滴の管から薬を注射することで検査時の苦痛を少しでも減らし半分眠ったような状態で受けていただくことができます。

但し薬の効き方には個人差があります。

《麻酔の副作用》

・呼吸をする力が弱くなることや、呼吸の回数が減ることがあります。

指に血液中の酸素濃度をはかる装置をつけて、観察します。

酸素濃度が不足してきた場合、酸素吸入をします。

・当日の出来事を思い出せないことがあります。

薬の影響で、判断や動作が鈍くなることがあります。

・体の力が入りにくなります。

検査が終わった後も、薬の影響で眠気やふらつきが残ります。

通常、2時間ほど病院で安静にさせていただきます。

(ただし、眠気やふらつきが無くなるまでの時間には、著しい個人差があります。)

一度麻酔がさめてからも、再び眠気がおきることがあります。

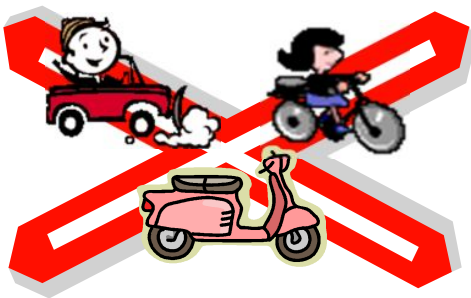
交通事故の恐れがあり大変危険ですので、



検査当日は自動車や二輪車・自転車の運転はできません。

静脈麻酔を受けられる方は、自動車や二輪車・自転車の当日運転は禁止です。

バス・タクシーなどの利用、または付き添いの方に送り迎えしてもらい来院してください。



わからないことがありましたら、遠慮なくお尋ねください。

また、都合で検査を受けることができない場合は、ご連絡ください。

紀和病院 0736-33-5000

紀和クリニック 0736-34-1255

■検査を安全に受けて頂くため下記の質問にお答えください。

＊検査前に義歯は外してください＊

体調で気になる事はありますか	☐ あり（具体的に： _____） ☐ なし
過去に次の病気になられたことはありますか	☐ 心臓病（狭心症・心筋梗塞・不整脈・ペースメーカー） ☐ 緑内障 ☐ 前立腺肥大 ☐ 糖尿病（内服・インスリン） ☐ 高血圧 ☐ 透析中 ☐ 乳がん術後 ☐ 甲状腺機能亢進症 ☐ 喘息 ☐ 花粉症
手術を受けたことはありますか	☐ あり（手術部位： _____） ☐ なし
血液をサラサラにする薬又は血糖を下げる薬（内服・注射）を使用されていますか	☐ あり（薬剤名： _____） 検査ために休薬するように指示された薬剤 ☐ なし ☐ あり ※ありの方は中止期間をお伝えください。 ☐ なし
局所麻酔で気分が悪くなったことはありますか	☐ あり ➡前回胃カメラ時、喉の麻酔で気分不良などありましたか ☐ なし ☐ あり ☐ 今回初めて受ける ☐ なし
薬や食べ物でアレルギーはありますか	☐ あり（薬剤・食品名： _____） ☐ なし
アルコール綿でかぶれますか	☐ あり ☐ なし
妊娠の可能性はありますか	☐ あり ☐ なし

※病棟看護師記入欄

移動方法	検査に協力出来るか	嚥下状態	鎮静	持参物品
☐ 独歩 ☐ 車いす ☐ ベッド	☐ 出来る ☐ 出来ない	☐ 良 ☐ 不良 ☐ 義歯を外す	☐ あり（ルート確保要） ☐ なし	☐ 同意書 ☐ エンボス ☐ ネームバンド装着確認

I D:

氏名: 様

検査前休薬指示

☐ 休薬なし

◇抗血小板・抗凝固薬の休薬

薬剤名 () (/) 朝・昼・夕から中止

薬剤名 () (/) 朝・昼・夕から中止

薬剤名 () (/) 朝・昼・夕から中止

◇血糖降下薬の休薬

薬剤名 () (/) 朝・昼・夕から中止

薬剤名 () (/) 朝・昼・夕から中止

薬剤名 () (/) 朝・昼・夕から中止

薬剤名 () (/) 朝・昼・夕から中止

◇糖尿病自己注射製剤の休薬

薬剤名 () (/) 朝・昼・夕・眠前から中止

薬剤名 () (/) 朝・昼・夕・眠前から中止

薬剤名 () (/) 朝・昼・夕・眠前から中止

薬剤名 () (/) 朝・昼・夕・眠前から中止

◇その他指示

年 月 日

指示医師 _____

説明者 _____