

## 胃カメラ を受けられる患者様へ



検査日 年（ ）月（ ）日（ ）曜日（ ）時 来院

地域医療連携センターへお越しください（内視鏡センターは3階37番です）

持参する物 ◇予約票 ◇診察券

◇検査同意書（ご本人または代理人の署名があるもの）・問診票

◇内服薬が確認できる資料 ◇タオル1枚

	検査前日	検査当日	検査終了後
食事・水分について	夕食：通常通り →午後9時までに済ませてください 水分（水・お茶・スポーツ飲料）は制限ありません。	朝食：絶食 朝コップ一杯の水以外は飲まないでください （血圧の薬、心臓の薬がある方は医師と相談し、7時までには内服してください）	喉の麻酔が効いているため、食事・飲水は1時間後から開始になります。 組織を採取された方は当日のアルコール・刺激の強い食事は止めてください
検査	<p>ご心配なことがあればお話しください</p> 	<p>《準備》*入れ歯や外せる歯は取ってください。*検査中の顔色観察のため口紅は落としてください。 *胃の中をきれいにする水薬を飲みます。 *喉の麻酔をする薬を3分間ためていただきます。 *胃の動きを抑える注射をします。（医師の指示で必要な方のみ） *鎮静剤をご希望の方は点滴をします。 《検査中》*検査はベッドに左向きに寝て行きます。 *時間は約10分くらいですが、組織の検査や、検査内容によってはもう少し時間がかかる場合があります。</p>	
その他	鎮静剤の使用が決まっている方は、当日は公共の交通機関（電車・バス・タクシー等）を使って来院してください。特に歩行に不安のある方やご高齢の方は、必ず家族の付き添いが必要です。*（使用後は車・バイク・自転車の運転は出来ません）	鎮静剤使用の方は、検査終了後は、回復室で2時間以上休んでいただきます。	<p>【検査結果】</p> <p>組織の結果は1週間前後かかります。次回診察予約時に詳しく説明します。他院より検査のみのご紹介の方は、紹介元に検査結果を送ります。</p>

【検査後の症状について】 ・激しい腹痛・吐血・下血 以上の症状がみられたら、病院に連絡してください（内視鏡センター）

兵庫県立西宮病院：0798-34-5151（24時間対応）

問診票 (検査の参考にしますので、当てはまる内容に○印をつけて下さい) 内視鏡センター

1. 今までに、胃・腸その他腹部の手術を受けたことがありますか? (いいえ はい)  
はいと答えた方に・・・それはどんな手術でしたか? ( )
2. アレルギー体質、特異体質といわれたことがありますか? (いいえ はい)
3. 今までに薬や注射でショックやアレルギーを起こしたことがありますか? (いいえ はい)  
はいと答えた方に・・・それは何の薬ですか? ( )
4. 緑内障 (青そこひ) といわれたことがありますか? (いいえ はい)
5. 尿がでにくい (前立腺肥大) ことがありますか? (いいえ はい)
6. 糖尿病がありますか? (いいえ はい)  
はいと答えた方に・・・薬やインスリンを使っていますか? (いいえ はい)
7. 心臓病がありますか? (いいえ はい)  
はいと答えた方に・・・病名は何ですか? ( )
8. 心臓ペースメーカーの埋め込みを受けていますか? (いいえ はい)
9. 脳梗塞 (脳血栓・脳塞栓) を起こしたことがありますか? (いいえ はい)
10. 現在妊娠中、あるいは妊娠の疑いがありますか? (いいえ はい)
11. 目が見えにくいですか? (いいえ はい)
12. 耳が聞こえにくいですか? (いいえ はい)
13. 話しにくいことがありますか? (いいえ はい)
14. 腰痛がありますか? (いいえ はい)
15. 現在 (検査当日) のどが痛いですか? (いいえ はい)
16. ケガをした時や歯を抜いた時、血が止まりにくいことがありましたか? (いいえ はい)
17. 血液が固まりにくくなる薬、血液をサラサラにする薬  
(抗凝固薬・抗血小板薬) をらだん服用していますか? (いいえ はい)  
はいと答えた方に・・・処方医と相談して休薬していますか? (いいえ はい)
18. 当院での内視鏡検査は何回目ですか? ( 回目)

お名前 \_\_\_\_\_

# 上部消化管内視鏡検査説明書・同意書（１）

## 1 目的

食道・胃・十二指腸の病気を見つけ、適切な治療方針を検討するために行います。

## 2 方法

- ① 胃の中を見やすくするための水薬を服用します。
- ② ゼリー状の麻酔薬により、のどの麻酔を行います。（経鼻内視鏡の場合は鼻からのどにかけて麻酔を行います）【注1】
- ③ 消化管の動きを弱める薬（鎮痙薬）を筋肉注射します。【注2】
- ④ 内視鏡を口から挿入し、上部消化管をくまなく観察します。（経鼻内視鏡の場合は鼻から挿入します）
- ⑤ 病変を際立たせたりする目的で、色素や酢酸などの薬品を撒布することがあります。また、内視鏡下で超音波検査を行う場合があります。必要な場合、止血等の処置を追加することがあります。
- ⑥ 必要な場合、小さな組織を採取（生検）して【注3】、顕微鏡検査をします（病理組織検査）。
- ⑦ 医師の判断により、ご相談の上、ポリープなどの病変を大きく切除する場合があります（ポリペクトミーあるいは粘膜切除術）。【注3】
- ⑧ 鎮静薬が必要と判断し、使用することがあります。→ 鎮静薬の使用について
- ⑨ 安全・確実な検査を行うため、徒手あるいは器具により体動を抑制させていただく場合があります。

## 3 検査前日および当日の注意事項

- ① 前日の夕食は軽く済ませ、午後9時以降は水分（水・お茶・スポーツ飲料）のみとして下さい。
- ② 当日は、朝コップ1杯の水分以外はとらず、原則的に薬も服用しない下さい。【注4】
- ③ 現在服用中の薬の一覧表か現物をご持参下さい。
- ④ 歩行に不安のある方やご高齢の方は、必ずご家族が付き添って下さい。

## 4 検査後の注意事項（ポリペクトミーあるいは粘膜切除術を受けられた方は【注5】）

- ① 検査後1時間くらいして、のどの麻酔がとれましたら、水分や軽食をとっていただいて結構です。
- ② 組織採取（生検）を受けられた方は、当日のアルコールや刺激物は控えて下さい。
- ③ 検査後服用いただくように薬をお出しする場合があります。指示どおりに服用して下さい。
- ④ 強い腹痛や吐血・下血が出現した場合は、外来担当科または内視鏡センターまでご連絡下さい。

## 5 偶発症について

- ① まれに、出血や穿孔（消化管の壁に穴があくこと）などの偶発症が起こる可能性があります。
- ② 検査のために使用した薬剤による副作用を認めることがあります。
- ③ 日本消化器内視鏡学会が調査した全国集計（2010年）によると、偶発症の頻度は0.024%、死亡率は0.0002%でした。
- ④ 万一、偶発症が発生した場合には、外科的処置（開腹手術）を含めた最善の処置をいたします。

【注1】麻酔薬にてショック、アレルギーを起こしたことがある方はお申し出下さい。

【注2】緑内障、心臓病、前立腺肥大、糖尿病の方はお申し出下さい。注射薬を変更したり、注射薬を使用しないで検査を行います。

【注3】「消化器内視鏡検査・治療時の抗凝固薬・抗血小板薬の取り扱い」について、別紙をお渡しした方はご覧下さい。また、心臓ペースメーカーの埋め込みを受けておられる方はお申し出下さい。

【注4】中止や延期が可能かどうか判断できない薬がある場合は、前もって処方医とご相談下さい。また、糖尿病薬を服用している方やインスリンを注射している方は、前日・当日の服用や注射についてご相談しておいて下さい。

## 上部消化管内視鏡検査説明書・同意書（2）

【注5】ポリペクトミーあるいは粘膜切除術を受けられた方は、治療後3時間経過後飲水可となり、治療によって生じた潰瘍を早く治すための薬を服用いただきます。食事開始は翌朝からとして下さい。治療後1週間は、アルコールや刺激物は控えて下さい。強い腹痛や吐血・下血が出現した場合は、外来担当科または内視鏡センターまでご連絡下さい。

### 鎮静薬の使用について

- ① 検査による苦痛を軽減したり、安全・確実な検査を行う目的で、鎮静薬を使用する場合があります。この場合、呼吸が弱まったり、血圧が低下することがありますので、点滴を行い、血中の酸素を測定する器械や血圧計を装着し、酸素吸入の準備をして検査を行います。
- ② 鎮静薬が必要と判断し、使用した場合、検査終了後、2時間程度回復室で休んでいただきます。
- ③ 鎮静薬を使用した場合、1日ぐらい眠気やフラフラ感が続くこともありますので、検査当日は車・バイク・自転車の運転はしないで下さい。
- ④ 外来鎮静枠での予約を取られた方、あるいは外来鎮静枠での予約ではなかったが鎮静薬の使用をご希望される方は、検査当日は車・バイク・自転車でのご来院はなさらないで下さい。70歳以上のご高齢の方や体力に自信のない方は、お帰りの際には、必ずご家族が付き添って見守り・介助して下さいようお願いいたします。これらの条件が満たされない場合、あるいは医師の判断によって、鎮静薬使用のご希望に沿いかねる場合もありますので、ご了承下さい。
- ⑤ 鎮静薬が必要と判断した場合の使用の可否あるいは鎮静薬使用のご希望について、同意書内の鎮静薬使用 可・否・希望のいずれかに○をご記入下さい。

検査および鎮静薬の使用について、必要性・危険性を十分にご理解いただいた上で、ご同意いただければ、同意書にご署名下さい。このほか疑問点がございましたら、主治医または検査担当医におたずね下さい。

### 検査ご依頼のご施設様へ

お手数をおかけいたしますが、下記同意書の医療機関名・検査依頼医師の欄にご記入・ご署名いただいた上で、患者様へお渡し下さい。

## 同 意 書

兵庫県立西宮病院長 様

私は、検査の内容、合併症および鎮静薬の使用について、下記医師から説明書を受け取り、その内容を十分理解いたしましたので、検査を受けることに同意いたします。鎮静薬使用についての同意は、鎮静薬使用可あるいは希望を選択することにより示します。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 検査依頼医師 \_\_\_\_\_

年 月 日

鎮静薬使用 可 ・ 否 ・ 希望

薬剤アレルギー 無 ・ 有 ( )

患者氏名 \_\_\_\_\_

アレルギー疾患 無 ・ 有 ( )

親権者または代理人 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

兵庫県立西宮病院 TEL 0798-34-5151