

患者様氏名

様 (男 ・ 女)

年齢

歳

1. 今までに胃カメラの検査を受けられたことはありますか。 (ある 回 ・ ない)
2. 今までに胃や食道の病気をされたことはありますか。 (ある ・ ない)
「ある」とお答えの方にお聞きします。その病名は何ですか?○で囲んで下さい。また何歳ぐらいですか? ・ 胃潰瘍 (歳) ・ 十二指腸潰瘍 (歳) ・ 胃ポリープ (歳)
・ 胃がん (歳) ・ 食道がん (歳) ・ 胃の手術 (歳) ・ その他 (歳)
3. ピロリ菌の検査をしたことがありますか? (ある ・ ない) (ピロリ菌 有 ・ 無)
ピロリ菌の検査はどんな方法でされましたか?
(血液検査 便検査 呼気検査 胃内視鏡検査時)
ピロリ菌ありとお答えの方。除菌をしましたか? (した 年頃 ・ しない)
「した」とお答の方。除菌は成功しましたか? (はい ・ いいえ)
今回の検査でもピロリ菌の検査を希望されますか? (はい ・ いいえ)
4. 現在、自覚症状はありますか? (ある ・ ない)
「ある」とお答えの方、どのような症状がありますか?○で囲んで下さい。
・ 胃の痛み (空腹時・食後) ・ げっぷ ・ 胸やけ ・ 食欲がない ・ お腹が張る ・ 吐き気
・ 体重減少 (ヶ月 Kg) ・ 食べ物、飲み物が飲み込みにくい、つかえる
・ その他 ()
5. 次にあげる病気があれば () に○、なければ×をつけて下さい。
・ 緑内障 () ・ 心臓病 () ・ 前立腺肥大症 () ・ 高血圧 () ・ 甲状腺 (低下・亢進) ()
・ 糖尿病 (内服薬 インシュリン) () ・ 褐色細胞腫 () ・ てんかん ()
・ その他大きな病気があればご記入下さい。 ()
・ 男性の方のみお答え下さい。夜間排尿回数は何回ですか? (回)
6. 現在、他院で治療中の病気がありますか? (はい ・ いいえ)
「はい」とお答えの方 (病名:) (内服薬:)
7. 心臓・血圧の薬を飲んでいますか? (はい ・ いいえ)
「はい」とお答えの方、本日薬を飲んでいますか? (はい ・ いいえ)
8. 血が固まりにくくなるお薬を飲んでいますか? (はい ・ いいえ)
「はい」の方、休薬 (している / ~ ・ していない) * 当日休薬確認 ()
9. 薬アレルギーについて
① 歯の麻酔をして気分が悪くなったことがありますか? (ある ・ ない)
② ヨードアレルギーと言われた事がありますか? (ある ・ ない)
③ その他の薬のアレルギーはありますか? (ある ・ ない)
「ある」とお答えの方は具体的に ()
10. 睡眠薬・安定剤などを使用していますか? (はい ・ いいえ)
「はい」とお答えの方 (常用 ・ 屯用)
11. お酒を飲みますか? (毎日 ml 時々 いいえ 過去に飲んでいたら 1日 ml)
12. たばこを吸いますか? (現在吸っている 1日 (本) 過去に吸っていた 吸わない)
13. 義歯をされていますか? (はい ・ いいえ) (総入れ歯 ・ 部分入れ歯)
14. 昨夜9時以降は絶食していますか? (している ・ していない)
15. 経鼻カメラをされる方へ。今までに鼻の病気をされた事がありますか? (はい ・ いいえ)
16. 本日、どのような方法で来院されましたか? (車 ・ バイク ・ バス ・ 電車 ・ 徒歩 ・ 付添の車)

消化器内視鏡検査同意書

消化器内視鏡検査は、皆様の消化管の中に内視鏡を直接入れて観察し、診断治療を行う方法です。上部(食道・胃・十二指腸)、下部(大腸)内視鏡につき下記の同意のもと施行させていただきますので、内容をご確認の上、ご理解頂けましたらご署名をお願い致します。ご不明な点があれば、ご遠慮なくご質問下さい。

★検査の必要性に関する同意

内視鏡検査では、極めて低頻度ではありますが、以下に記載した危険性を伴い、それを上回る検査の必要性があることを、十分ご理解いただき検査を受けていただくことが前提となります。

★検査の前処置・前投薬に関する同意

1. 胃腸の動きを抑える注射の種類により、前立腺肥大、緑内障、心疾患を悪化させる場合があります。
2. 大腸内視鏡前処置に用いる下剤は、通過障害がある場合は穿孔の危険性があります。
3. 胃内視鏡に用いる喉の局所麻酔はアナフィラキシー・ショックを起こす場合があります。
4. 検査を楽に行うための鎮痛剤、鎮静剤の注射は呼吸抑制を起こす場合があります。

★検査中の処置時に起こりうる合併症とその対応に関する同意

検査中に、何か異常を認めたり、また疑った場合には、必要に応じ以下の処置が行われます。

1. 病変部位に色素を散布し(色素散布)、病変を明瞭にして診断の助けとします。
2. 粘膜組織の一部を鉗子でつまみ(生検)、組織(細胞)の検査を行います。
3. 出血などがみられた場合には止血操作(内視鏡的止血)を行います。
4. 大腸内視鏡検査では切除すべき腫瘍と診断した場合には、病変によっては直ちに切除します。

* 内視鏡本体の操作、生検、切除などで粘膜裂傷、穿孔、出血が稀に起こります。万全をつくしますが、残念ながら外科的な手術の適応になる場合があります。これらを防止するためにも(抗血栓治療薬、血小板機能抑制薬)など血を固まりにくくするお薬を服用されている方は、事前に休薬して頂く場合もあります。

* 検査前にお持ちの持病が悪化することがあります。

* 鎮静剤、鎮痛剤により、まれに気分不良が出現することがあります。

急な事態に備えて別紙に緊急連絡先をご記入頂きますようお願い致します。

(検査当日連絡可能な方の連絡先をお書き下さい)

もし、記入のない場合は、当院の判断にて対応させていただく旨をご了承下さい。

★合併症の頻度

日本消化器内視鏡学会による全国アンケートからの引用です。

それぞれおこる頻度を%、()内は約何回に1回起こるかを記載しています。

		偶発症(%)	死亡率(%)
前処置、前投薬	注射や麻酔によるアレルギーや呼吸困難など	0.0252%(4000回)	0.00162%(60000回)
胃内視鏡	穿孔(穴が開くこと)など高度合併症	0.0023%(43000回)	0.0007%(140000回)
	生検(組織を一部採取すること)出血	0.004%(25000回)	
大腸内視鏡	穿孔(穴が開くこと)など高度合併症	0.05%(2000回)	0.001%(100000回)
	大腸ポリープ切除による出血	1%(100回)	

消化器内視鏡同意書

やまかわ消化器クリニック院長殿

私は胃・大腸内視鏡検査の目的、方法、合併症につき上記の記載事項を読み、説明を受けて、すべて了承しました。

検査時の鎮静剤(+場合により鎮痛剤)投与の希望は以下の通りです。

使用しない=完全に覚醒している状態

使用する/検査開始前から

使用する/検査中に苦痛があれば(大腸のみ)

* 鎮静剤・鎮痛剤の効果には個人差があります。結果的にご希望に添えない場合もございますので
ご了承下さい。

令和 年 月 日 患者様ご署名 _____

(患者様が未成年の時のみ) 保護者様ご署名 _____

緊急連絡先 (氏名) _____ (続柄) _____

_____ (電話番号) () _____

同意取得者 やまかわ消化器クリニック 院長 山川 眞 _____