

上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)説明書・同意書

【目的】

食道・胃・十二指腸球部(十二指腸の入口)を口・鼻から内視鏡を挿入して調べるための検査です。

【方法】

胃の動きを止める注射(しない場合もあります)をし、喉の麻酔を行います。
ベッドに横になり、口(鼻)から内視鏡を挿入します。
喉を通る時に違和感がありますが通ると少し楽になります。
必要があれば少し組織を採取したり、色素を散布したりし詳しく調べる事があります。
検査は5分から10分程度で終わります。
潰瘍などから出血がみられる場合は止血処置を行うことがあります。

【注意事項】

検査前日は、夜9時以降に固形物は取らないでください。
お茶か、お水は当日の朝まで摂っていただいてもかまいません。
血圧の薬、心臓の薬などは朝に服用していただいてもかまいません。
脳梗塞や心臓病で血液をサラサラにする薬(抗血小板剤・抗凝固剤)を、
服用している方は組織の検査をする可能性がありますので、
担当医と相談の上、可能であれば中止しておく必要があります。
検査後の食事は約1時間後から摂っていただいてもかまいません。
組織検査を行った場合はその日の運動・飲酒はご遠慮ください。

【鎮静剤使用について】

内視鏡検査は苦痛を伴うことがありますので、希望される方には鎮静剤の注射を行い、
半分眠った状態で受けていただくことが可能です。
その場合は検査前に点滴を行い検査後2時間程度休んでいただきます。
その後も鎮静効果が残りますので当日は自動車・バイク・自転車の運転はできません。
また高齢者の方は付き添いが必要です。

【内視鏡検査の偶発症(危険性)について】

十分安全に行える検査ですが極まれに喉の麻酔など検査に伴う薬によるアレルギー反応、
内視鏡の接触・嘔吐反射による粘膜損傷・出血がおこりえます。

令和 年 月 日

説明医師

① 私は上部消化管内視鏡検査に関して、その必要性和偶発症の説明を受け理解し検査を受けることに

同意します

同意しません

② 検査方法

口からのカメラを希望します

鼻からのカメラを希望します

③ 私は鎮静剤使用について ※経口のみ

希望します

希望しません

本人の御署名

家人または代理人の御署名

社会医療法人 山紀会
山本第三病院 消化器センター
TEL 06-6658-6611

内視鏡検査前症状日誌

内視鏡検査の当日まで、以下の症状日誌にチェックを記入し、検査当日に持参してください。

症状の確認		月 日() 検査2日前	月 日() 検査前日	月 日() 検査当日
1	今朝の体温	度	度	度
2	喉の痛みや 咳はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	疲労感やだるさは ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	味や臭いに 異常はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	下痢など、お腹の具合は 悪いですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	その他、何か変わった事は ありませんか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	新型コロナウイルス感染者と接 触した可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

その他、気になる事がありましたら、ご記入ください。

検査当日、**体調が不良な場合には検査が延期**となる場合もございます。
あらかじめご了承お願いいたします。
ご不明な点がありましたら、当院(06-6658-6611)にご相談ください。

お名前

社会医療法人山紀会

山本第三病院 消化器センター

TEL 06-6658-6611