

診療情報提供書  
【上部内視鏡検査用】

※ お電話で上部内視鏡検査のご予約をいただいた後  
この用紙をFAXしてください。

藤沢湘南台病院 地域医療連携室  
【お問合せ・ご予約】 TEL：0466-44-9980

紹介元医療機関  
の名称・所在地

先生のお名前 \_\_\_\_\_ 印

【患者様のお名前】フリガナ \_\_\_\_\_ 様

年 月 日

生年月日	年 月 日生( 歳)	性別	男・女
住所	〒 - TEL ( )		

予約内容	紹介目的	ご予約いただいた日時	医師のご希望
	上部内視鏡検査	月 日 : ~	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし

検査方法	鎮静希望	藤沢湘南台病院での検査結果説明	その他連絡事項
<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <small>※病理組織検査の結果は藤沢湘南台病院で説明いたします。</small>	<input type="checkbox"/> 定期観察 <input type="checkbox"/> ピロリ菌除菌後のフォローアップ <input type="checkbox"/> その他( )

傷病名	
-----	--

既往歴 家族歴	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> ピロリ菌除菌歴 <input type="checkbox"/> その他( )
------------	--

内服薬	抗血小板薬や抗凝固薬の内服	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <small>※中止の必要はありませんがお薬によっては生検が別の日になる場合がございます。</small>
	抗糖尿病薬の内服	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <small>※原則として検査当日の朝は中止してください。</small>

症 状 治療経過 検査結果	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
---------------------	--

■患者様保険情報

保険者番号		公費負担者番号		負担割合	
記号・番号		受給者番号		老人(1割・3割)	
被保険者氏名	本人・家族	公費負担者番号		負担割合	( )
		受給者番号			

※ 検査当日お持ちいただくもの… 診療情報提供書(この用紙)、同意書、問診票、お薬手帳

専用封筒に入れる場合はここで折ってください

専用封筒に入れる場合はここで折ってください

## 藤沢湘南台病院で胃内視鏡検査を受けられる方へ

検査は 月 日 ( ) 曜日 午前 時 分より施行開始です。  
検査開始時間の 30分前までに1号館1階「初診受付」にお越しください。

### 胃内視鏡検査とは

- ・ 胃の内視鏡では、食道・胃及び十二指腸の一部を観察します。胃の中の泡を消す薬を飲んでいただき、喉にはスプレーで麻酔を行います。
- ・ 検査時間は約15分くらいですが個人差があるので多少前後します。
- ・ 鼻から検査をされる方は胃の中の泡を消す薬を飲んでいただき鼻の通りを良くする点鼻薬をした後、スプレーで鼻の麻酔を行います。ただし、鼻からの検査がご希望でも、鼻の穴が狭い方は、口からの検査となる場合がありますのでご了承ください。
- ・ 鼻から検査する場合、検査後に鼻出血を起こす場合があります。
- ・ 緊急検査や前処置などのため検査時間が前後することがありますのでご了承ください。

### 胃内視鏡検査の注意事項

大切な検査です。正しい診断ができるよう、次の事を必ずお守りください。

#### 【前日】

- ・ 午後9時までに夕食を済ませ、アルコールは控えてください。
- ・ 就寝前に薬を内服されている方はいつものようにお飲みください。

#### 【当日】

- ・ 当日は禁飲食ですが、コップ1～2杯程度の水のみお飲みください。
- ・ 通常服用しているお薬は休薬する薬以外は、午前7時までに内服して下さい。
- 糖尿病治療薬の内服がある方は当日のみ中止して下さい。
- あなたは、内視鏡検査前に以下の薬を休薬する必要があります。

- ・ 鎮静剤をご希望の方は、翌朝までご自身での運転が出来なくなります。車・バイク・自転車での来院はご遠慮ください。また検査後、1時間程度ベッドで休んで頂きますので時間に余裕をもってお越しください。
- ・ 現在薬を内服中の方はお薬手帳もしくは薬の内容が分かるものを持参してください。

藤沢湘南台病院

0466-44-1451

# 上部消化管（食道・胃・十二指腸）内視鏡検査をお受けになられる方へ (検査日 )

## 【目的】

食道・胃・十二指腸を観察し、病変部位(潰瘍・腫瘍・ポリープなど)の有無を調べます。病変部位が認められた場合は詳細に観察し、必要に応じて病変の一部を採取し、顕微鏡で詳しく調べることもあります。

## 【方法】

のど（あるいは鼻からのどにかけて）に軽い麻酔をした後、上部消化管用電子内視鏡（「胃カメラ」や「ファイバースコープ」などと通称されています）を挿入します。挿入経路として鼻から（経鼻）と口から（経口）があります。また検査中の苦痛を取り除くため、鎮静剤の注射を適宜行います。

## 【偶発症】

検査中にごく稀に出血、穿孔(穴があく)・麻酔薬へのアレルギー反応などの合併症が生じることがあります。その際は、最善の処置・治療(入院・手術も含む)を速やかに行います。又、鎮静剤や鎮痛剤の影響により、呼吸器・循環器に合併症をきたす場合がありますが、医師が対応致します。最近（2003年～2007年）の5年間の全国集計は、偶発症の頻度は観察を目的としたもので0.005%、治療を目的としたもので0.057%でした。

## 【注意点】

下記の項目の当てはまる方は事前にお申し出下さい。

- (1) 抗凝固薬（バイアスピリン・パナルジン・ワーファリンなど）を服用している方。
- (2) 糖尿病、高血圧、心疾患などで内服中の方。

上記(1)(2)に該当する抗血栓薬、抗糖尿病薬を服用されている方は、検査/処置の予約時に薬の服用用法について説明をお聞きいただき、指示された服用法を必ず守って下さい。出血や血栓症、低血糖発作を起こす可能性があり、服用が適切でない場合は検査を延期する事があります。

鎮静剤を希望する方は、この薬による影響のため、ねむけ、視力低下、健忘などが現れことがあります。当日は車やバイクなどの運転は絶対におやめ下さい。また重要な判断を要する仕事は避けて下さい。

ご不明な点がありましたら、ご遠慮なくお尋ねください。

同意書を提出された後でも検査を中止することができますので、いつでもお申し出ください。

## 上部消化管内視鏡検査同意書

今回、上部消化管（食道・胃・十二指腸）内視鏡検査にあたり、検査内容とその必要性及び合併症について説明を受け、承諾しましたので同意します。万一、合併症が生じた際には、必要な処置を受けることに同意します。

藤沢湘南台病院 院長 殿

年 月 日

説明医師

\_\_\_\_\_

本人

\_\_\_\_\_

家族又は代理人

(続柄: \_\_\_\_\_)

看護師

\_\_\_\_\_

# 胃内視鏡検査問診票

検査日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号<自宅> \_\_\_\_\_ /<携帯> \_\_\_\_\_

緊急連絡者名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) 緊急連絡者の電話番号 \_\_\_\_\_

1. 胃内視鏡検査をしたことがありますか。	いいえ	はい ( 当院で ・ 他院で )
2. 血液を固まりにくくする薬やサラサラにする薬を飲んでいませんか。	いいえ	はい (薬品名 : _____ ) 医師から内服中止指示はありますか。 いいえ ・ はい ( 月 日から )
3. 心臓の病気がありますか。	いいえ	はい [ 狭心症・心筋梗塞・不整脈・心不全 ] その他 (病名 : _____ )
4. 眼圧が高い・緑内障がありますか。	いいえ	はい
5. 男性の方で前立腺癌・前立腺肥大・夜間頻尿・尿が出にくいことがありますか。	いいえ	はい 治療状況 [ 内服 ・ 放射線 ・ 手術 ] (その他 : _____ )
6. 糖尿病がありますか。	いいえ	はい 本日内服やインスリン注射を中止していますか。( はい ・ いいえ )
7. 喘息がありますか。	いいえ	はい (発作時の治療法 : _____ )
8. 甲状腺の病気がありますか。	いいえ	はい (病名 : _____ )
9. 局所麻酔で気分が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい
10. 薬剤・ミントアレルギーがありますか。	いいえ	はい (薬剤名 : _____ )
11. 食道・胃の手術歴がありますか。	いいえ	はい (何の手術ですか : _____ )
12. 心臓ペースメーカー・植込み型除細動・その他の金属が体内にありますか。 また、心臓の貼付薬を貼っていますか。	いいえ	はい (場所 : _____ ) (種類 : _____ )
13. 義歯を使用していますか。	いいえ	はい (取り外し : 可 ・ 不可 )

※ 以下の質問は検査当日来院前にご記入ください。

1. 本日の帰宅方法は何ですか。	自動車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 電車 ・ バス ・ 徒歩 ・ 送迎		
2. 本日付き添いの方はいますか。	いいえ	はい (続柄 : _____ )	
3. 最終食事時間はいつですか。	月 日 時 分ごろ		
4. 最近黒い便が出ましたか。	いいえ	はい ( 月 日ごろ )	
5. 本日の内視鏡検査時に鎮静剤の使用を希望されますか。 ※使用した場合、翌朝まで乗り物の運転はできません。	いいえ	はい	
6. 何かご不明な点、ご心配なことがあればご記入ください。			

※ 以下の質問は経鼻内視鏡検査を受ける方のみお答えください。

鼻の病気・骨折・手術をしたことはありますか。	いいえ	はい (病名または手術名 : _____ )
------------------------	-----	------------------------