上部消化管内視鏡検査問診票・同意書

【必ずお読みいただき、検査時間の30分前に来院して受付に提出してください】

詳細はこちらを
ご確認ください

検査の目的

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）は、食道・胃・十二指腸の中を観察し、
病変を見つけ、適切な治療方法を選択するために行います。

検査に関する注意事項

- 糖尿病の朝の服用・注射はしないでください。それ以外の薬はいつもと同じように服用してください。
- 経口内視鏡では、差し歯・動揺歯があると、歯が欠けたり、破損する場合があります。
- 詳しく観察するために、青色の色素を散布したり、組織を採取（生検）することがあります。
- 鎮静剤を使用する方は、検査当日は自転車・バイク・自動車などの運転はお控えください。
  眠気やふらつき等がしばらく残る場合があります。
- ご高齢の方はご家族のお付き添いをお願い致します。
- 授乳中の方で鎮静剤を使用する時は、検査後24時間の断乳が必要です。

検査の偶発性について

検査は十分注意して行いますが、稀に出血や穿孔といった偶発症が起こる可能性があります。
万が一偶発症が生じた場合には責任をもって対応します。

以下の問いにお答えください

1	身長と体重をご記入ください	身長：　　cm　体重：　　kg
2	上部消化管内視鏡検査を受けたことがありますか いつ頃（　　年　　月頃　）　（所見なし・所見あり：　　）	はい　・　いいえ
3	ピロリ菌の検査を受けたことはありますか **はいの方**→結果：陰性（-）・陽性（+）	はい　・　いいえ　・　わからない 除菌成功　・　除菌失敗　・　除菌していない
4	今回検査を受ける目的をお答えください ・症状はありますか **はいの方**→　いつから：（　　）　詳しい症状：（　　） **・健診異常の方**→　バリウム　・ピロリ抗体（採血）・その他(　　)	 はい　・　いいえ
5	次の病気でご指摘されたことのあるものに〇印をつけてください 狭心症　・　不整脈　・　心筋梗塞　・　緑内障（高眼圧）・前立腺肥大　・　甲状腺機能亢進症　・　糖尿病 脳梗塞　・　高血圧　・　気管支喘息　・　脂質異常症　・花粉症・その他（　　）　・なし	
6	現在内服している薬はありますか **はいの方→お薬手帳の持参があれば提出してください。**持参がない場合はご記入ください 薬品名：(　　)	はい　・　いいえ
7	歯科の麻酔薬（キシロカイン）でアレルギーはありますか	はい　・　いいえ
8	大豆・卵・ミントのアレルギーはありますか その他にアレルギーがある方はご記入ください：（　　）	大豆　・　卵　・　ミント　・　なし
9	義歯・差し歯・動揺歯はありますか	はい（義歯・差し歯・動揺歯）　・　なし
10	検査は経口・経鼻どちらを希望しますか	経口　・　経鼻　・　一任
11	授乳中・妊娠の可能性がありますか	はい　・　いいえ
♦	**鎮静剤を希望しますか**	**（希望します　・　希望しません）**
♦	**担当医が必要と判断した時生検を希望しますか**	**（希望します　・　希望しません）**

上記内容について理解し、内視鏡検査を受けることに同意します。

年　　月　　日

本人または代理人

緊急連絡先(電話)　　（続柄　　）

※本人が自筆できない場合は代理人が署名してください

南流山内視鏡おなかクリニック　　院長　前田　孝文　　2024.11.5