

患者 ID :  
患者氏名 : 様  
生年月日 :  
性別 :

## 胃内視鏡検査に関する説明・同意書

### 【目的】

上部消化管（食道・胃十二指腸）を詳しく調べる必要があり内視鏡による検査を行います。  
病変を認めた場合は、病理診断のため生検（組織の一部を採取する事）を行う事があります。

### 【偶発症の発生】

検査が原因で腹痛、咽頭痛、経鼻内視鏡の場合は鼻出血や鼻の痛みなど生じることがあります。  
検査処置後に出血・穿孔（食道・胃・十二指腸に穴があく事）などをきたす事がまれにあります  
（全国集計で約0.007%の頻度）が、万一の場合は入院治療や転送など当院で迅速に適切な  
対応をさせていただきます。検査後、吐血・黒色便・持続する腹痛や鼻出血などの症状がありましたら当院までご連絡下さい。  
また、血液をサラサラにする薬を休薬して頂く方は、心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性が増す場合があります。  
検査・治療に使用する薬剤（含麻酔薬）が体質に合わない場合、アレルギー反応が出現する場合がありますのでご理解下さい。

年 月 日

説明医師： \_\_\_\_\_ 印

### 同意書

このたび、私が医療法人財団謙仁会 亀有病院において、検査・処置等を受けるにあたり、  
その内容について十分な説明を受け、診療上必要なものである事を理解しましたので、  
その実施に同意します。また、実施中及び実施後、緊急の処置等の必要が生じた場合には、  
その緊急処置を受けることについても同意します。

医療法人財団謙仁会亀有病院御中

年 月 日

患者様氏名： \_\_\_\_\_ 印

同意者氏名： \_\_\_\_\_ 印 患者様とのご関係（ \_\_\_\_\_ ）

患者 ID :  
患者氏名 : 様  
生年月日 :  
性別 :

## 胃内視鏡検査に関する説明・同意書

### 【目的】

上部消化管（食道・胃十二指腸）を詳しく調べる必要があり内視鏡による検査を行います。  
病変を認めた場合は、病理診断のため生検（組織の一部を採取する事）を行う事があります。

### 【偶発症の発生】

検査が原因で腹痛、咽頭痛、経鼻内視鏡の場合は鼻出血や鼻の痛みなど生じることがあります。  
検査処置後に出血・穿孔（食道・胃・十二指腸に穴があく事）などをきたす事がまれにあります  
（全国集計で約0.007%の頻度）が、万一の場合は入院治療や転送など当院で迅速に適切な  
対応をさせていただきます。検査後、吐血・黒色便・持続する腹痛や鼻出血などの症状がありましたら当院までご連絡下さい。  
また、血液をサラサラにする薬を休薬して頂く方は、心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性が増す場合があります。  
検査・治療に使用する薬剤（含麻酔薬）が体質に合わない場合、アレルギー反応が出現する場合がありますのでご理解下さい。

年 月 日

説明医師： \_\_\_\_\_ 印

### 同意書

このたび、私が医療法人財団謙仁会 亀有病院において、検査・処置等を受けるにあたり、  
その内容について十分な説明を受け、診療上必要なものである事を理解しましたので、  
その実施に同意します。また、実施中及び実施後、緊急の処置等の必要が生じた場合には、  
その緊急処置を受けることについても同意します。

医療法人財団謙仁会亀有病院御中

年 月 日

患者様氏名： \_\_\_\_\_ 印

同意者氏名： \_\_\_\_\_ 印 患者様とのご関係（ \_\_\_\_\_ ）

患者 ID :  
患者氏名 : 様  
生年月日 :  
性別 :

## 内視鏡検査問診票

次の質問の全てに、はい・いいえのどちらか○をして下さい。

1. 内視鏡検査は、初めてですか？  
はい / いいえ (胃 回) (大腸 回)
2. 眼科で緑内障と言われた事がありますか？  
はい/いいえ
3. 血圧が高いと言われた事がありますか？  
はい/いいえ
4. 心臓が悪いと言われた事がありますか？  
はい/いいえ  
\*はい の方のみお答え下さい。  
病名 ( )  
いつ頃 ( )
5. 尿が出にくくなったり、前立腺肥大と言われた事がありますか？ (男性の方へ)  
はい/いいえ
6. 歯科などで麻酔を受けて、気分が悪くなった事がありますか？  
はい/いいえ
7. 薬のアレルギーはありますか？  
はい/いいえ
8. 抗凝固剤 (血液サラサラ) を内服していますか？  
はい/いいえ  
\*はい の方のみお答え下さい。  
薬の名前 ( )
9. 手術を受けた事がありますか？  
はい/いいえ  
\*はい の方のみお答え下さい。  
病名 ( )  
いつ頃 ( )

☆何かご不明な点がございましたら、ご記入ください。

★ご協力ありがとうございました。この用紙は検査当日、診察券、同意書と一緒に受付へご提出下さい。

患者 ID \_\_\_\_\_  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査日 : \_\_\_\_\_  
検査時間 : \_\_\_\_\_

◆ 胃カメラを受ける方へ ◆

<検査前>

来院時間 : 時 分

1. 前日の夕食は 20 時までに済ませ、それ以後は何も食べないで下さい。

少量の水分（水・お茶・スポーツ飲料）は、とって構いません。

2. 当日の朝は食事をとらないで下さい。（水はコップ 1 杯まで可）

3. 薬品名  
  
抗血栓薬、抗凝固薬を飲んでいる方 （ / ~ 中止指示 有 無 ）

※当日朝は、中止指示がない方も休薬して下さい。

4. 心臓、血圧、てんかん、精神科、ぜんそくの薬（ 飲んでいる ・ 飲んでいない ） 薬品名 \_\_\_\_\_

上記の薬を朝、内服している方は当日朝 7 時までに服用して下さい。それ以外の薬は服用しないでください。

5. 糖尿病の方は、当日朝のインスリン注射と糖尿病治療薬は中止して下さい。

糖尿薬（ 飲んでいる・飲んでいない ） 継続・中止 薬名（ \_\_\_\_\_ ）

6. 鎮静剤をご希望の方は車、バイク、自転車を運転しての来院は、ご遠慮ください。

ご自身の運転で来院された場合、鎮静剤の使用はできませんのでご了承下さい。

7. 検査前に外して頂く物・・・義歯・メガネ （検査前は口紅をお控え下さい。）

<検査後>

1. 喉の麻酔がとれるまで、1 時間位は飲食しないで下さい。

2. 鎮静剤を使用した方は、終了後 1 時間位ベッドで休んで頂きふらつきがないことを

確認した後、ご帰宅となります。 説明日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 説明者 \_\_\_\_\_