

○ 上部消化管内視鏡施行にあたりその危険性と注意事項

- ・内視鏡検査が原因で咽頭痛（のどの痛み）や腹痛などが出現する可能性があります。通常数日以内に消失します。また、細心の注意を払って検査を行いますが、出血や穿孔（食道・胃・十二指腸に穴があくこと）を起こすことがあります（穿孔の頻度は0.1%未満）。
- ・万一、合併症が生じた場合には担当医師が責任をもって必要な緊急処置を致します。また、合併症を起こさないためにも既往症や服用中の薬の情報は大切なので、問診時に詳しく教えてください。

○ 生検とポリープ切除について

- ・生検やポリープ切除を行った場合、検査当日は激しい運動および刺激物（アルコール、香辛料など）の摂取を避けてください。なお、心臓や脳血管などの病気をお持ちで内服治療をされている方はお申し出ください。
- ・血液が固まるのを防ぐ薬を服用中の方や血液が固まりにくい病気をお持ちの方は処置部位からの出血が止まらなくなる可能性がありますので、生検やポリープ切除を行えないこともあります。

○ 検査結果とその後の治療方針に関して

- ・担当医より検査終了後その場で、あるいは後日あらためて結果と治療方針についてくわしく説明いたします。生検やポリープ切除を行った場合は病理組織検査結果もあわせてお話し致します。わかりにくいことがありましたら、遠慮なくご質問ください。

○ 緊急連絡先

JCHOさいたま北部医療センター

048-663-1671

JCHOさいたま北部医療センター 病院長殿

私は上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の目的、必要性、方法、危険性について上記の事項を読み、また担当医からの説明を理解し承りましたので、検査・治療（ポリープ切除など）の実施および必要な緊急処置に同意します。

JCHOさいたま北部医療センター 病院長殿

令和 年 月 日

患者氏名

㊞ 本人自筆の場合は押印不要です。

代理人

㊞ 患者氏名欄が本人自筆の場合、署名押印は不要です。

（患者との続柄 ）

内視鏡検査問診票

記入日 令和 年 月 日

患者番号

患者氏名 _____ 生年月日 M T S H R 年 月 E 年齢 歳 男・女

お体の具合について

心臓が悪いと言われた事がありますか？ (はい ・ いいえ)

眼科で緑内障と言われたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

高血圧と言われたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

アレルギー体質ですか？(喘息・花粉症・じんましん・薬など) (はい ・ いいえ)

糖尿病と言われたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

麻酔薬で気分が悪くなったことがありますか？ (はい ・ いいえ)

男性の方 前立腺の病気があると言われたことがありますか (はい ・ いいえ)

女性の方 現在妊娠していますか？ (はい ・ いいえ)

今までにかかった病気について

肝臓の病気にかかったことがありますか？ (はい ・ いいえ)

(はい)とお答えの方 [A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・その他]

腹部の手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

(はい)とお答えの方 年頃 病名

現在、服用中のお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

(はい)とお答えの方 お薬の種類

抗凝固剤のお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

(はい)とお答えの方

お薬の種類(ワーファリン・バファリン・バイアスピリン・パナルジンなど)

その他

※ 抗凝固剤を服用している方は経鼻での検査はできませんのでご了承下さい。

鎮静剤のご希望はございますか？

(はい ・ いいえ ・ わからない)

鎮静剤を希望されてもお体の状況で使用しない時もございますのでご了承下さい。

鎮静剤を使用した後は1時間から2時間程度、安静室で様子を見てから帰宅していただきます。
また、鎮静剤使用後のお車の運転は危険ですのでおやめください。