

鼻からの胃カメラについて

様

○検査日： 月 日（月曜日、水曜日、金曜日）

○午前・午後 時 分に来院して下さい。

月 日から（ ）の内服を中止して下さい。

○来院時に診察券、保険証、医療券、千代田区民健診の用紙（受診前に問診事項・同意書に記入して来て下さい）、バリウム健診の結果、他院からの紹介状などを受付に御呈示下さい。

★ご注意★

1. 検査前日の夕食

- ① 油の多い食べ物は摂らないで下さい。
- ② 夕食は夜 9 時まで済ませて下さい。夜 9 時以降は禁食で、水やお茶は摂取して構いません。色のついたジュース、紅茶は不可。

2. 検査当日の朝

□午前中に検査の場合

- ① 朝食は摂らないで下さい。
- ② 検査の 30 分前までは、水やお茶は飲んでも構いません。
お茶は葉が入っている物は飲まないで下さい。
- ③ 朝の薬は血圧の薬以外飲まないで下さい。
- ④ 入れ歯をつけたまま検査出来ます。

□午後 3 以降に検査の場合

- ① 朝食は、食パン(ジャム、マーマレードは塗らない事)にして下さい。
野菜、肉、海藻類などの消化の悪い食品は摂らないで下さい。
- ② 朝、昼の薬は血圧の薬以外は飲まないで下さい。
- ③ 検査の 3 時間前まではゼリー飲料を、1 時間前まで水・お茶・ポカリスエットは飲んで結構です。お茶は葉が入っている物は飲まないで下さい。 飴をなめると空腹感が減少します。
- ④ 入れ歯をつけたまま検査出来ます。

胃がん検診内視鏡検査 同意書

胃がん検診の目的と方法

胃がん検診は、症状がない時期にできるだけ早く胃がんを見つけ、早く治療する事を目的として行うものです。その方法には、胃内視鏡検査と胃バリウム検査があり、いずれもその効果が証明されています。

胃内視鏡検査の方法

予め鼻やのどを麻酔し、鼻にスティックを挿入するなどの前処置をします。鼻または口から内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病変がないか確認します。異常がある場合には、病変の一部をつまみ(生検)細胞の検査を行うことや、色素を散布して病変を見やすくすることがあります。また、必要があれば胃内視鏡終了後に採血検査でピロリ菌を調べることもあります。なお、生検やピロリ菌検査が行われた場合は、千代田区胃がん検診(無料)の他に、保険診療として別途請求があります。当日は健康保険証を持参して下さい。なお、生検により粘膜に傷ができませんので、検査後当日の食事は柔らかい消化の良いものを食べて下さい。飲酒、過激な運動、長湯、旅行なども避けて下さい。尚、新型コロナウイルスの流行下での検査のため、当日体温が37.4度以上や感染症状が疑われる方には検査は行えませんので、予めご了承いただきますようお願いいたします。

偶発症

偶発症が発生する頻度は、胃内視鏡検査では10万件に78件と全国調査により報告されています。この中には鼻出血などの軽微なものから入院例まで含まれます。現在、胃内視鏡検診による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。

胃内視鏡検査では、以下の偶発症が起きる可能性があります。

- ① 胃内視鏡により粘膜が傷がつくことや、出血、穿孔(穴があくこと)
- ② 生検による出血、穿孔
- ③ 薬剤によるアレルギー(呼吸困難、血圧低下など)
- ④ 検査前からあった疾患の悪化(症状の出ていなかった疾患も含む)

なお、当院では偶発症の防止のために十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

令和4年 滝医院 滝雅史 滝正彦

上記の事項について、説明を受け、十分に理解しましたので、検査を受けることに同意いたします。

令和4年 月 日 受診者サイン

受診者代理人サイン

(続柄)

お名前： _____

<ご質問> 該当する項目に○を付けて下さい。

1. 胃カメラ、胃のバリウム検査を受けたことがありますか？

ない

ある⇒口からの胃カメラ(約)回、鼻からの胃カメラ(約)回、
胃バリウム()

⇒上記で最後に受けた検査に○をつけて下さい。いつ受けましたか？

()

⇒何か言われましたか？(例：胃のポリープ、逆流性食道炎等)

()

2. 鼻の病気(花粉症やアレルギー鼻炎、副鼻腔炎など)をした事がありますか？

ない

ある⇒病気の名前()

3. 鼻血が出やすいですか？

いいえ

はい

4. 現在治療している病気がある場合は、病名を教えてください。

心臓病 高血圧 糖尿病 脳梗塞予防

その他()

5. 飲んでいる薬(特に血液サラサラ薬)がありましたらお書き下さい。

()

6. 過去に大きな病気をした事がありますか？

いいえ

はい⇒病名・いつ()

7. 薬のアレルギーがありますか？

いいえ

はい⇒薬の前()

8. 麻酔薬(キシロカイン)のアレルギーがありますか？

いいえ

はい

9. 日頃から歯磨きなどで、オエツとなりやすいですか？ 念入りにノドの麻酔を希望されますか？

いいえ

はい

10. 鼻と口とどちらから検査をご希望ですか？

鼻

口

うらに続きます

10. 現在または過去に喫煙していますか？

いいえ はい(現在・過去：1日 本を 年間)

12. お酒を週に2回以上飲みますか？

いいえ はい(ビール・焼酎・ワイン・日本酒・ウイスキーを
杯・合・本で週に 回)

13. 血のつながった人にがんの人はいますか？

いいえ はい(どなたが、どこのがんですか？)

14. 現在下記の症状はありますか？

胸やけ、ゲップが多い、胃痛、胃の膨満感、ノドの違和感、食欲不振、口臭がきになる、
体重減少(ヶ月・年で kg)、背中が痛い、黒い便が出る、貧血
その他()

15. いつからその症状が続いてるのですか？ (例：1ヶ月前から)

16. どんな時にどれ位の時間に症状が出ますか？(例：昼に食後30分位)

17. ピロリ菌について当てはまるものを一つ選んで下さい

調べた事ない わからない 調べたらいなかった 除菌成功した 除菌後判定されてい
ない、除菌不成功のまま、除菌薬を飲んだだけで便検査や呼気検査で判定をされていな
い

18. 胃カメラで特に何をよくみて欲しいですか？

または不安な事がありますか？

19. 初めて当院で鼻からの胃カメラを受ける方にお伺い致します。

当院で経鼻内視鏡を受ける事になった経緯について、該当するものに○を付けて
下さい。

当院医師に受けた方がいいと言われた、他院からの紹介、知人からの口コミ、
当院のホームページ、ネットでの医療機関情報、当院待合室でのポスター
その他()