

## 胃カメラ検査（上部消化管内視鏡検査）を受けられる方へ

胃カメラ検査を受けられる方へ、検査までの準備・手順をお知らせします。

### 1) 検査の前日

食事は午後 9 時までにお済ませ下さい。その後は水・お茶・果肉の入っていないジュース（スポーツドリンクなど）は摂って頂いて結構です。特に飲む量の制限はありません。寝る前の薬も服用して頂いて構いません。

### 2) 検査当日

起床後～検査終了までは食事はできません。水・お茶・スポーツドリンクを飲んで頂くことはできます（しっかり飲んで頂いて結構です）。

毎朝飲む薬がある場合は、当日の分は飲まずに持参し、昼食後にお飲み下さい。

診察後、のどの麻酔（軽鼻胃カメラの場合は鼻の麻酔）をして検査となります。検査時間は 10 分足らずです。少し休んで頂いて、結果の説明を行います。

### 3) 検査が終わったら

のどの麻酔が効いていますので 40～60 分は食べたり飲んだりしないで下さい。口をゆすぐのは構いません。生検をした場合は、検査後 2 日間は飲酒・旅行は控えて頂きます。

.....

※ 血液検査の結果をお持ちでしたら、多少古くても結構ですので当日ご持参下さい。

# 内視鏡検査(胃カメラ・大腸カメラ)を受けられる方への説明書・同意書

## 1) 内視鏡検査(カメラ)とは

電子スコープを消化管(食道・胃・十二指腸・小腸・大腸など)に挿入して、各部の炎症・潰瘍・ポリープ・腫瘍などを詳しく観察する検査です。また、観察だけでなくポリープや腫瘍などの生検・切除といった検査や治療を行うことができます。

## 2) 内視鏡スコープの消毒について

当院では1回の検査が終了する度に、スコープを含めた関連機器の消毒・滅菌処理をしておりますので、安心して検査をお受けいただけます。

## 3) 内視鏡検査の偶発症について

偶発症の中で重要なものは(1)出血、(2)穿孔(胃や腸に穴が開くこと)、(3)ショックなどです。これら万一の事態に備えて当院では適切に対処できるよう、万全の準備態勢を整えております。

|       | 偶発症(%) | 死亡率(%) |
|-------|--------|--------|
| 胃部内視鏡 | 0.0069 | 0.0001 |
| 大腸内視鏡 | 0.011  | 0.0004 |

(日本消化器内視鏡学会 第6回全国調査 2008~2012年)

## 4) 内視鏡検査時に使用する可能性のある薬剤について

当院では検査の負担(特に緊張や反射)を少しでも軽減し、十分に観察をし、病気を発見しやすくするために、鎮痙剤・鎮痛剤・鎮静剤などの薬を使用します。もちろん、年齢・性別・体格などを考慮した上で使用します。また、薬剤の使用を希望されない方にも対応させていただきます。全国調査でのどの麻酔、腸管洗浄を含む薬剤による偶発症の発生頻度は0.0028%で、死亡率は0.00005%です。

## 5) 生検(組織採取)とは

小さな早期がんは、炎症との区別が難しく、その診断には組織の一部(数mm)を摘み取って、顕微鏡でその組織を詳しく調べる必要があります。ただしこの時、生検後の出血を防ぐため、血液の固まりにくくなる薬を服用されている方は摘み取ることができません。(これらの薬の休薬については主治医と事前に相談してください。)

また、生検後はまれに出血をきたすことがあるため、2~3日は飲酒・旅行は控えていただきます。

## 6) 偶発症を避けるために

下記に該当される方は、必ず当日朝に受付および担当医へお申し出ください。

- (1) 服用中の注意すべき薬がある(バファリン、アスピリン、ワーファリン、イグザレルト、プラザキサ、パナルジン、エパデール、プレタールなど)
- (2) 緑内障・心臓病・前立腺肥大。薬によるアレルギーがある
- (3) 妊娠およびその可能性がある(原則として内視鏡検査は致しません)

## 同意事項

私は、これまでの内視鏡検査（カメラ）の説明を受け、検査内容・偶発症について了解しましたので、この度内視鏡検査（カメラ）を受けることに同意します。

I] 内視鏡検査実施中、生検（組織採取）が必要な病変が見られた場合の選択として、

(A) 生検を担当医の判断に任せる。

(B) 本日は生検を拒否します。後日再検査を希望します。

II] 内視鏡検査の際の鎮静剤等の使用について

(鎮静剤を使用した場合、当日1日は車・自転車を運転することは控えていただきます。)

(A) 鎮静剤の使用に同意する

(B) 鎮静剤の使用を希望しない

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\_\_\_\_氏名

## 健康問診表

ふりがな \_\_\_\_\_ 男 生年月日 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 女 大・昭・平 年 月 日

- ・ 現在治療中の病気はありますか？

病名： \_\_\_\_\_

- ・ 過去に大きな病気をされたことはありますか？

病名： \_\_\_\_\_

- ・ 現在毎日内服しているお薬をすべてお書きください。

- ・ 以前に薬や注射にて副作用を経験したことがありますか？（特に歯科の麻酔で）

(なし・あり) 薬剤名： \_\_\_\_\_

- ・ 家族や身内（血族）の方でがんや大きな病気をされた方はいますか？

(誰：病名) \_\_\_\_\_

- ・ 緑内障・心疾患・前立腺肥大・肝機能障害を指摘されたことがありますか？

(ある ・ なし)

- ・ B型肝炎・C型肝炎と指摘されたことはありますか？

(ある ・ なし)

- ・ 妊娠やその可能性はありますか？（その場合は受付時に申し出てください）

(ある ・ なし)

- ・ 薬アレルギーはありますか？（その場合は診察時に申し出てください）

(ある ・ なし)

- ・ お腹の手術（虫垂炎・帝王切開など）を受けたことがありますか？

(ある ・ なし)

- ・ 以前に胃の検査を受けたことがありますか？

(ある ・ なし) (ある方は指摘されたことを下記から選んでください)

(異常なし・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・ポリープ・胃炎・その他【 \_\_\_\_\_ 】)

- ・ 以前に大腸の検査を受けたことがありますか？

(ある ・ なし) (ある方は指摘されたことを下記から選んでください)

(異常なし・大腸ポリープ・大腸ポリープを切除した・大腸炎・その他【 \_\_\_\_\_ 】)

※今回の受診で、特に相談したい点がありましたらお書きください。