

# 胃内視鏡検査 問診票

該当する項目に○をし、お手数ですが詳細もご記入ください。

## <検査について>

◆以前、胃内視鏡検査を受けたことがありますか？

ない(今日が初めて)・**ある** → どこで受けましたか？ **当院で**・他院で ( ) 年前に

◆検査の結果指摘された病気・異常はありますか？(例：胃炎 逆流性食道炎 など)

ない・**ある** → 具体的に ( )

◆検査を受けるにあたって気になる症状はありますか？

ない・**ある** → 具体的に ( )

## <ピロリ菌について> (ピロリ菌とは…胃の中にいる菌で、胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍などの原因になることがあります)

◆ピロリ菌を採血・検便・胃内視鏡検査などで調べたことがありますか？

ない

**ある** → 検査の結果、ピロリ菌がいるといわれましたか？

いない・わからない

**いる** → ピロリ菌の治療をされましたか？

除菌していない・わからない

**除菌した** → 除菌は成功しましたか？

**成功した**・成功しなかった・わからない

\*\*\*\*\*

## <検査に使用するお薬に関連しての質問>

◆下記で治療中・内服中の病気や妊娠など該当するものはありますか？

ない・**ある** → (該当する場合○をして下さい)

不整脈 高血圧 糖尿病 緑内障 甲状腺機能亢進症

前立腺肥大症(尿が出にくい) 妊娠中 授乳中

◆上記以外に、治療中・内服中の病気はありますか？

ない・**ある** → 具体的に ( )

◆血液を固まりにくくするお薬を飲んでいますか？

いいえ・**はい** → お薬の名前 ( )

(例：バイアスピリン 小児用パファリン ワーファリン プラザキサ エパデール など)

◆お薬を休薬していますか？

いいえ・**はい** → ( ) 日前より休薬している

◆麻酔薬による副作用やお薬のアレルギーはありますか？

ない・**ある** → お薬の名前 ( ) 症状 ( )

\*\*\*\*\*

検査に関するあなたのプライバシーは厳重に守られます。医学の発展のために検査内容や経過などを医学会および研究会、医学雑誌などで発表させていただいたり、人工知能診断開発などの研究資料として共同研究施設に提供させていただく場合がございます。名前など個人が特定される情報は一切公表されることはありません。

下記にご署名をお願いいたします。なお、ご同意いただけない場合でも、なんら不利益を被ることはありません。

もし、ご不明の点があればお申し出下さい。

同意します

同意しません

年 月 日

ご署名

※ご協力ありがとうございました。裏面の同意書もご記入下さい。

お茶の水駿河台クリニック

# 経鼻的胃内視鏡検査を受けられる方へ

経鼻的胃内視鏡検査は口から内視鏡を挿入するかわりに、外径 5.5mm の細い内視鏡を鼻から挿入する検査方法です。食道・胃・十二指腸などの粘膜を観察し、癌・潰瘍・ポリープ・炎症などの有無や病気の程度を調べます。経鼻法は、口に何もくわえないので、検査中、モニターに映し出される自分の胃の映像を見ながら検査医と会話ができます。

経口法に比べ苦痛は少ないのですが、残念ながら危険はゼロではありません。

## リスクのご説明

1. 鼻の麻酔と検査時に、鼻に違和感もしくは痛みを感じる場合があります。鼻腔が狭く内視鏡が挿入できない場合がまれにあります。鼻からの挿入が困難な場合は、口から挿入する事になります。
2. 経鼻法は生検まで行える内視鏡検査ではありますが、悪性が疑われるケースでは、経口法による再検査が必要な場合があります。経鼻法は健康診断目的で受けるには問題がないと思われませんが、有症状者や胃レントゲン検査で異常を指摘された方への検査には経口法が適切です。
3. 内視鏡の擦過により鼻出血をおこすことがまれにあります。(頻度 3～4%) 鼻出血を起こした場合は、すぐに止血処置を行います。耳鼻科に受診していただく事もあります。
4. 内視鏡の最中に、所見のあった部位の組織を採取することがあります。組織の採取は病状の確定に必要なものですが、術者が細心の注意を払っても、組織採取に伴ってごくまれに出血や穿孔(穴があくこと)などの合併症を起こすことがあります。また麻酔薬によるトラブルが発生する可能性もあります。(頻度 0.062%) 万が一、合併症が起きた場合には最善の処置、治療が受けられるように手配いたします。入院や緊急の処置・手術が必要になることもあります。

上記リスクを御承知・御納得の上で、検査をお受けになるかどうかを御判断頂きたく存じます。以上、ご説明に納得された方は同意書に御署名の上、検査前に受付にご提出ください。

お茶の水駿河台クリニック

## 同意書

私は経鼻的胃内視鏡検査を受けるにあたり、検査の方法・内容・必要性を理解し、これに伴う危険性についても了解しました。

その上で、経鼻的胃内視鏡検査を受けることを希望いたします。

年 月 日

ご署名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

(患者様ご本人が未成年の場合は、保護者がご署名下さい)

\*本日検査中の緊急時連絡先についてお伺いします。

本日の検査には付添いの方も一緒に来ている。

(付添いの方の) 外出時連絡先: TEL \_\_\_\_\_ \*外出されない時は不要です。

付添い無く一人で来院された方はご本人以外の緊急連絡先をご記入下さい。

名前 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

緊急時の連絡先はありません。

※同意書のコピーが必要な方はお申し出下さい。