

様式1

F A X 初診予約依頼票（診療申込書）

申込日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名	(旧姓)	男・女	年 月 日
受診歴	有・無	当院ID番号	※受診歴のある方はID番号をご記入ください。
フリガナ			
住所	〒 —		
電話番号	()		
受診希望診療科	科		
紹介目的	※診療情報提供書のFAXをお願い致します <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他 () 現在貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中		
受診希望担当医	※指定があればご記入ください。		
受診希望年月日	年 月 日 ()		
御紹介元 医療機関名			
TEL			
FAX			

三重中央医療センター 地域医療連携室 FAX 059-259-0771

下部消化管内視鏡チェックリスト

以下の質問に教えてください（患者さまご本人もしくは医師）

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. 心臓の病気（狭心症、不整脈など）はありませんか？ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 2. 前立腺肥大（尿が出にくい）はありませんか？ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 3. 緑内障はありませんか？ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 4. 血が止まりにくくなる薬を飲んでいませんか？ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 5. 糖尿病はありませんか？ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 6. 腹部の手術をしたことはありますか？ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

以下のチェックをお願いします（医師）

- | | | |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ブスコパンの使用 | <input type="checkbox"/> 可能 | <input type="checkbox"/> 不可 |
| 2. グルカゴンの使用 | <input type="checkbox"/> 可能 | <input type="checkbox"/> 不可 |
| 3. 抗凝固剤の内服 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 4. 「あり」の場合、中止は可能ですか？ | <input type="checkbox"/> 可能 | <input type="checkbox"/> 不可 |

以下記入をお願いします（医師）

- 現在内服中の薬剤（診療情報提供書に記載があれば省略可）
- 現在治療中の疾患（診療情報提供書に記載があれば省略可）

20 年 月 日

署名（医師）_____

検査3日前からの食事

好ましい食べ物

索うどん 月見うどん (ネギなし) おかゆ (薬味なし) 食パン (みみ、バター不可) メロンパン 豆腐 (薬味なし)
 いも類 (皮は食べない) バナナ リンゴ (皮は食べない) ゼリー・プリン
 たまご (料理) キャンディー (透明)
 切り身の魚 スープ 味噌汁 (豆腐のみ) 柔らかく煮た根菜 シャーベット (乳成分なし)

避けたい食べ物

種のある果物・野菜 トマト キノコ類 コニャク
 海藻類 ひじき ナッツ 切り干し大根 牛乳 乳製品 ノックル
 繊維の多い食べ物 ラーメン ジャム (種を含む) 揚げ物
 そば 天ぷら

下部消化管内視鏡検査または治療を受ける患者様へ

〈検査目的〉

この検査は、肛門から直接内視鏡を挿入し、大腸（および小腸の末端）を観察し（図1）、ポリープ、がん、炎症などの病気の診断及び適切な治療方法を考えるために行います。

図1 大腸の位置



〈方 法〉

1) 検査の前処置

検査の前日は検査食（売店で購入）を食べていただきます。

検査前日の21時以降は食事を摂取しないでください。

大腸の中にある便と取り除くため、検査の前に前処置が必要になります。（別紙で説明します）

また、便秘の強い方は、下剤を服用していただく場合がありますので、あらかじめお申し出ください。

2) 検査の当日

検査の当日は朝食を食べずに来院してください。水や白湯は飲んでも構いません。降圧剤、抗不整脈などの心臓の薬、精神科の薬以外の薬は飲まないで下さい。また、内服されている薬の一覧表か現物を御持参ください。心疾患や脳梗塞などのため血液を固まりにくくする薬を服用している場合は、検査に支障を来すことが有りますので、検査申し込みの際に外来担当医師までお申し出下さい。

静脈麻酔（眠り薬）を希望する場合は、帰りに車の運転ができませんので、他の交通手段で来院していただくか、または運転のできる家族の方と一緒にきてください。

御自分で運転して来院された方には鎮静剤を使用できません。また、御高齢の方は御家族が付き添って下さることをお願いいたします。

3) 検査の手順

①肛門の麻酔

キシロカインという麻酔薬を使いますが、まれにこの薬にアレルギーを起こす方がいます。以前に内視鏡検査や歯の治療の際の麻酔で具合が悪くなったことがあればお申し出ください。

②注射

通常、検査をやすくするために消化管の動きを止める薬（抗コリン剤）を注射します。しかし、緑内障（眼圧が上がって目が痛くなる病気）、前立腺肥大、虚血性心疾患（狭心症や心筋梗塞）のある方は症状を悪化させるおそれがありますので使用しません。以上のような病気

ID : @PATIENTID 患者氏名 : @PATIENTNAME 様

に罹っている方はお申し出ください。

また、患者さんの希望により、静脈麻酔を注射する場合があります。

(上記参照)

③内視鏡の挿入・観察

内視鏡を肛門から挿入し、大腸の粘膜を観察します。内視鏡の挿入時には腹部の張る感じや、多少の痛みを感じる事があります。痛みが強い時は、検査中に遠慮なくおっしゃってください。

検査時間は20分間程度です。

④生検組織検査

観察中、何か病変が発見された場合は、必要に応じて病変の一部を鉗子で採取して、顕微鏡検査で良性か悪性かを判断します(生検・病理組織検査)。

特に痛みはありません。

脳梗塞の予防や心臓疾患のために抗血栓療法(血液をさらさらにするようなバイアスピリン、パナルジン、ワーファリン、イグザレルト、エリキュースなどの内服)を受けている場合は生検によって大量出血するおそれがありますので、お申し出ください。数日前より中止していただくことがあります。中止している間に血栓症が起きる可能性もありますので、中止の良し悪しを担当医とよく相談してください。抗血栓薬を継続している場合でも出血に注意しながら生検を行う事があります。

⑤ポリープ切除

大きなポリープを認めた場合は、後日入院して改めてポリープ切除を行います。

小さなポリープの場合は、通常経過観察しますが、必要な場合は当日ポリープ切除を行います。ポリープ切除を行う場合は出血や穿孔の危険性がありますが、小さな病変では、その危険性が低いため原則的に入院せず外来にて施行します。ポリープ切除を行った場合は、切除後の注意事項がありますので、厳守するようにしてください(ポリープ切除時に説明)。

鎮静剤を希望されるか否かを、御本人の署名欄のすぐ下へお書き下さい。

4) 検査後の注意事項

検査後は、大腸内に空気が残っていますので、約2時間は飲食を控えて下さい。また、特に静脈麻酔を受けられた方は、眠気やふらつきが残りますので、しばらく病院内で休んで頂く必要があります。生検やポリープ切除が行われた場合には、帰宅後も再出血することがありますので、体の違和感、下血などにお気づきの場合には遠慮なくご連絡下さい。

5) 偶発症

日本消化器内視鏡学会の全国調査(2008~2012年)によれば、下部消化管内視鏡検査に伴う偶発症は、3,815,118件中438件(0.011%)と報告されています。そのうち死亡事故は16件(0.0004%)でした。

①出血

診断の目的で行った生検やポリープ切除によって出血がおきることがあります。通常はすぐに自然止血しますが、出血が止まりにくい場合には内視鏡的止血術(クリップによる出血部位の結紮や止血剤の散布など)を行います。また、検査が終了した後で数時間経ってから出血する事がありますので、帰宅後に血便があった場合にはすぐに病院へ連絡してください。状況によっては再度来院していただき、内視鏡的止血術を行う必要があります。

②穿孔

内視鏡を挿入する際に大腸の壁を損傷したり、ポリープ切除に伴って穿孔(大腸の壁に穴があく)することがあります。絶食と抗生物質の点滴で改善(穴がふさがる)しますが、その間は入院(約1週間)が必要です。穴が大きい場合や消化管の外へ炎症が広がる場合には外科手術が必要になります。

ID: @PATIENTID 患者氏名: @PATIENTNAME 様

大腸カメラを受けられる方は、下記の質問についてお答え下さい。

1. これまでに大腸カメラを受けられたことがありますか。 初回・() 回目
2. 今までに大腸カメラを受けて気分が悪くなったことがありますか。 はい・いいえ
3. 歯科などで麻酔を受けて気分がわるくなったことがありますか。 はい・いいえ
4. 心筋梗塞・狭心症・高血圧・不整脈などと言われたことがありますか。 はい・いいえ
5. 今までに手術を受けられたことはありますか。 はい・いいえ
手術の場所 ()
6. 緑内障や眼圧が高いと言われたことがありますか。 はい・いいえ
7. 今まで、薬でアレルギー（蕁麻疹や息苦しくなったこと）はありますか。 はい・いいえ
8. 血液が固まりにくくなるお薬を飲んでいませんか。 はい・いいえ
(パナルジン、ワーファリン、バファリン、プレタル、バイアスピリンなど) その薬の名前は
()
9. 現在、治療中の病気・もしくは持病はありますか。 はい・いいえ
その病気の名前は何か。 ()
10. 男性の方で、前立腺肥大（尿が出にくい）を言われたことがありますか。 はい・いいえ
11. 女性の方にお尋ねします。現在、妊娠している可能性はありますか。 はい・いいえ
12. 排便状況についてお尋ねします。
排便回数 本日 () 回、昨日 () 回、一昨日 () 回
排便状況 水様で透明の固形物の無い便 固形物混じり 泥の様な便 普通便
13. 今回の検査について不安やご質問があればお書き下さい
()

____ID : @PATIENTID 患者氏名 : @PATIENTNAME

三重中央医療センター 病院長 殿

私は、下部消化管内視鏡検査を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私は、この検査(治療)を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。

以上のもとで、自由な意思に基づき、この検査(治療)を受けることに同意します。また、緊急・予想外の状況が発生した場合は、最善と考えられる緊急処置を受ける事にも同意いたします。

なお、説明文書とこの同意文書の写しを受け取りました。

- 病名・病態
- 検査(治療)の目的・必要性・有効性
- 検査(治療)の内容と性格および注意事項
- 検査(治療)に伴う危険性とその発生率
- 偶発症発生時の対応
- 代替え可能な検査(治療)およびそれに伴う危険性とその発生率
- 検査(治療)を行わなかった場合に予想される経過
- 患者様の具体的希望
- 検査(治療)の同意撤回
- 連絡先

説明年月日：@SYSDATES_西暦3

説明医：@USERNAME ㊟

同意年月日：_____年____月____日

同意者(本人)：_____㊟

(自筆署名、もしくは記名押印)

(代諾者)：_____㊟(患者様との関係：_____)

(自筆署名、もしくは記名押印)

*患者様に判断能力がない場合にのみ、代諾者が自筆署名、もしくは記名押印してください。

*鎮静剤の使用できる検査の場合(希望する・希望しない)

ID：@PATIENTID 患者氏名：@PATIENTNAME 様