

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ検査） 説明・同意書

【検査の目的と方法】

内視鏡検査は、口や鼻から管を入れて食道・胃・十二指腸を観察し、胃炎、ポリープ、潰瘍、腫瘍などの病気の診断を行うことを目的としています。

ポリープ、潰瘍、腫瘍等が見つかった際には、病変の一部を採取して病理組織検査を行います。

【検査に伴う偶発症】

- ・ 鼻、のどに局所麻酔を行います。ごく稀に、麻酔に使用する薬剤によりアレルギー反応、気分不良、ショックや呼吸抑制など副作用を起こすこともあります。
- ・ 内視鏡検査や病理組織検査によりごく稀に出血、穿孔（穴があくこと）などが起こることがあります。このような場合には最善の対処を行います。入院・緊急手術などが必要になる場合もございますのでご了承ください。検査後に体調に異変を感じるがあれば、速やかにお申し出ください。
- ・ 経鼻内視鏡の場合は、鼻腔が狭い方や耳鼻科的疾患の既往がある方（慢性鼻炎・鼻骨折・副鼻腔炎など）検査ができない場合もございます。
- ・ 検査後に鼻出血・多少の痛みがある場合があります。
- ・ 鼻腔が狭いなどの理由でどうしても内視鏡の挿入が困難な場合や、検査施行医が検査困難と判断した場合には、経口からの検査に変更させていただきます。

【注意点】

- ① 下記項目に該当する方は検査を受けることができません。
 - ・ これまでに歯科治療の際に、局所麻酔などでアレルギーが出た方あるいは気分が悪くなったことがある方（咽頭麻酔の薬剤はキシロカインを使用します）
 - ・ 妊娠中の方
- ② 抗凝固剤や抗血小板薬（血液を固まり難くする薬）を内服している方は、検査前に薬を処方されている医師に服用方法について説明を受け、必ず服用方法をお守りのうえご来院ください。

以上、ご了承いただけた方は下記にご署名のうえ、受付スタッフにお渡しください。

何かご不明な点がございましたら、お気軽に医師、医療スタッフまでご質問下さい。

医療法人社団渡航者健診クリニック/日比谷クリニック 院長殿

私は、上部消化管内視鏡検査を受けるにあたり、上記説明文の検査の目的や方法、偶発症について了承いたしましたので、検査の実施に同意いたします。

署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名 _____

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ） 問診

様

健診日時：

受付時間：

1. 今までに上部消化管内視鏡検査を受けられたことはありますか？ に✓を入れてください。

はい 「はい」とお答えの方のみ記入してください。

①最後に検査を受けた時期を記載してください。【 年 月 頃】

②今まで受けた内視鏡検査は口（経口）からの検査でしたか？鼻（経鼻）でしたか？

口から（経口） 鼻から（経鼻） 両方 覚えていない

③以前の上部消化管内視鏡検査で異常を指摘されましたか？

指摘されていない 胃炎 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃ポリープ

逆流性食道炎 食道ポリープ その他（ ）

いいえ 「いいえ」とお答えの方のみ記入してください。

①今までに上部消化管造影検査（胃バリウム検査）を受けたことはありますか？

はい いいえ

②最後に検査を受けた時期を記載してください。【 年 月 頃】

③以前の上部消化管造影検査（胃バリウム検査）で異常を指摘されましたか？

指摘されていない 胃炎 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃ポリープ

食道ポリープ その他（ ）

2. 今までピロリ菌の検査を受けたことはありますか？ に✓を入れてください。

はい 陰性 陽性

※陽性の方のみ記入してください。

除菌治療を受け除菌成功した 除菌治療を受け失敗した 未治療

いいえ 不明

3. 医師が必要と判断した場合、ピロリ菌の検査を希望しますか？ に✓を入れてください。

はい ※ピロリ菌の検査を追加した場合、検査後に窓口にてお支払いが必要になります。

いいえ

4. 医師が必要と判断した場合、生検（組織検査）を希望しますか？ に✓を入れてください。

はい ※生検を行った場合、検査後に保険証を受付に提出していただき窓口にてお支払いが必要になります。

いいえ

5. 歯科治療等の際に、麻酔などで具合が悪くなったことがありますか？ に✓を入れてください。

はい いいえ

6. 抗凝固薬や抗血小板薬など血液をサラサラにするお薬を服用していますか？ に✓を入れてください。

はい

薬名【 】

上記の薬をいつまで服用していましたか？【 月 日 まで】

いいえ

7. ご不明・ご心配な点があればお書きください。