

胃内視鏡検査（胃カメラ）を受けられる方へ

検査日	企業名
個人ID	生年月日
氏名	() 歳

前回	
所見	

◆次の太枠の項目について **ボールペン** でご記入ください。

1. 今までに内視鏡検査を受けたことがありますか？

☐ ない ☐ ある（当院 ・ 他院）（いつ頃 結果 ）

2. 次の項目で該当するものに印をつけて下さい。

- | | |
|--|--|
| ☐ 血圧が高い | ☐ 眼圧が高い（緑内障・あおそこひ） |
| ☐ 肝臓が悪い | ☐ 尿が出にくい（前立腺肥大等） |
| ☐ 喘息・アレルギー体質である | ☐ 歯科の麻酔で気分が悪くなった（キシカイン） |
| ☐ 血液透析（人工透析）を受けている | ☐ 以前の内視鏡検査で、吐気が強かった |
| ☐ 義歯（はずせるもの）がある | ☐ 女性の方で妊娠している可能性がある |
| ☐ 心臓が悪いといわれた、または治療中（心筋梗塞・狭心症・不整脈など） | ☐ 女性の方で現在授乳中である |
| ☐ 血液が固まらないようにする薬（ワーファリン等）を服用している | |

3. 現在、胃の症状がありますか？

☐ ない ☐ ある どういった症状ですか（ ）
☐ 治療中（薬品名 ）

4. ピロリ菌の検査をしたことがありますか。

☐ ない ☐ ある →①へ（検査方法：呼気 便 採血 組織検査 その他 ）

- | | | |
|--|--|---|
| ①ピロリ菌がいると言われましたか
☐ いいえ ☐ はい →②へ | ②除菌をされましたか
☐ いいえ ☐ はい | ☐ 陰性化確認済み(いつ)
☐ 確認していない |
|--|--|---|

5. 食道・胃・十二指腸の手術を受けたことがありますか

☐ ない ☐ ある（いつ： 部位： ）

6. 鎮静薬について * 本日の交通手段（車・バイク・自転車・徒歩・バス・電車・送迎 ）

- ☐ 希望しない
- ☐ 希望する ————
☐ 前回と同じ強さで
☐ 前回よりも強く
☐ 前回よりも弱く
 } 当院で検査を受けられたことのある方

7. 異常が見られ、必要とされた場合、顕微鏡による詳しい診断のために組織をごくわずか採取することがあります。（組織検査） ※組織の検査は、負担金（9,350円<税込>） 負担：（ 個人・会社 ）

- ☐
- 同意する
-
- ☐
- 同意しない

ご署名（ ）

※ボールペンでご署名ください。

血 圧	/	mmHg	脈 拍
-----	---	------	-----

経口 ・ 経鼻	右 左	夕食
内服	(:)	

<本日の使用薬剤>

・サイレース（ ） サイン（ ）

- | | |
|------------------|----------------------------------|
| 血
圧
指
示 | ☐ 検査中止 |
| | ☐ ③回目測定し、 |
| | SBP>180 or dBP>100⇒中止 |

胃内視鏡検査で鎮静剤を使用する場合の注意点

1. 効果がある・無いの自覚にかかわらず、**必ず1時間は休んでいただきます。**
途中で目が覚めた場合でも、1時間経過していなければ帰宅できませんので、スタッフがお声かけするまではベッドで安静にしてお休みいただきます。

※鎮静剤は麻酔薬ではありません。(眠るためのお薬ではありません)

2. **翌朝までは、絶対に運転は出来ません。**

アルコールを飲んだ後の飲酒運転と同じ扱いとなる薬剤です。危険運転になりますので、絶対に運転はしないでください。

※ご家族の送迎や公共交通機関の利用をおすすめします。

3. 新型コロナ感染症拡大防止のため、鎮静剤使用後の安静の際には、飛沫感染防止のため、**必ずマスク着用**をお願いいたします。

※検査直後は喉に噴霧する薬の影響で唾液は飲み込めず、むせやすい状況です。マスクを汚染しやすいので、お手持ちのマスクとは別に、安静用のマスクをお渡しいたします。

4. お休み頂くベッドの間隔がとても狭い中、皆様に休んで頂いております。検査のため喉に噴霧した薬の影響でむせこみが発生しやすくなります。カーテンでの仕切り、マスク着用にもご協力いただきますが、**飛沫による感染のリスクがある環境**であることをご了承ください。

※胃内視鏡検査は、様々なリスクのある検査です。ご理解ください。