

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う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。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 血圧が高い | <input type="checkbox"/> 眼圧が高い（緑内障・あおそこひ） |
| <input type="checkbox"/> 肝臓が悪い | <input type="checkbox"/> 尿が出にくい（前立腺肥大等） |
| <input type="checkbox"/> 喘息・アレルギー体質である | <input type="checkbox"/> 歯科の麻酔で気分が悪くなった（ギョウロ） |
| <input type="checkbox"/> 血液透析（人工透析）を受けている | <input type="checkbox"/> 以前の内視鏡検査で、吐気が強かった |
| <input type="checkbox"/> 義歯（はずせるもの）がある | <input type="checkbox"/> 女性の方で妊娠している可能性がある |
| <input type="checkbox"/> 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） | <input type="checkbox"/> 女性の方で現在授乳中である |
| <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →②へ	②除菌をされましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 陰性化確認済み(いつ) <input type="checkbox"/> 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	夕食
	左	
内服	(:)	

<本日の使用薬剤>	
・サイレース ()	サイン ()

血圧指示	<input type="checkbox"/> 検査中止
	<input type="checkbox"/> ③回目測定し、
	SBP>180 or dBP>100⇒中止

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の鎮静薬使用に関する同意書

鎮静薬の使用目的は、完全に意識をなくすことではなく、リラックスした状態で検査を受けて頂くためのものです。鎮静薬は、検査後における行動制限（当日の運転不可）、眠気やふらつき、一時的な健忘症状（もの忘れ）や、合併症のリスクもありますので、十分にご理解頂きますようお願いいたします。

【緑内障】、【緑内障疑い（眼圧が高い等）】、【視神経乳頭陥凹拡大】に該当する方は、事前に眼科主治医に診察・電話などで鎮静薬使用可否について確認してください。

当院で使用しているサイレースという鎮静薬は『抗コリン作用』があり、緑内障の方には禁忌となっています。（他、成分に対し過敏症の既往歴のある者、重症筋無力症の患者にも禁忌です。）緑内障は『開放隅角緑内障』と『閉塞（狭）隅角緑内障』の2つのタイプに分けられます。目の中の水（房水）の出口（隅角）が詰まり房水が眼球内にとどまる病気の閉塞隅角緑内障は抗コリン作用によって、房水が眼外に排出されなくなり眼圧が著しく上昇することがあります。その結果、頭痛や眼痛、充血や吐き気を催し、最悪の場合は失明の危険性がありますので、該当される方は鎮静薬の使用はできません。

鎮静薬の使用 希望しない → 確認は終わりです。

希望する → 下記のチェックをお願いします。

鎮静薬を使用出来る方

緑内障や緑内障疑い、高眼圧、視神経乳頭陥凹拡大などの指摘がこれまでにない。

※但し、これまでに上記指摘がなかったとしても、当日眼圧が高い場合は使用できません。

緑内障や高眼圧で治療中であるが、閉塞隅角緑内障には該当しないと眼科医に確認しており定期的な診察を受けている。

閉塞隅角緑内障で手術治療後であり、眼科医に鎮静薬使用許可を得ている。

緑内障疑い・眼圧が高いなど指摘されたことがあり、定期的な眼科での診察を受けている。

高眼圧・視神経乳頭陥凹拡大を指摘されたことがあり、眼科医で緑内障ではないと診断を受けている。

鎮静薬を使用出来ない方

健康診断での眼圧、眼底検査結果にて眼科の精密検査を受けていない。通院中断している。

これまでに高眼圧の指摘がなく、当日眼圧が高い場合。

上記、確認事項に同意します。

ご署名 _____

※鎮静薬を使用できない方に該当し、鎮静剤を使用しなければ、胃内視鏡検査が出来ないという方は、本日の胃内視鏡検査はキャンセル、胃透視検査に変更は可能です。

※健康診断での眼圧、眼底検査結果にて眼科の精密検査をすすめられた方、通院中断された方は、健診前に、眼科で診察を受けて頂くことをおすすめします。