

# <検査予約票>

検査名 上部消化管内視鏡

氏名

様 ID

## 【予約日時】

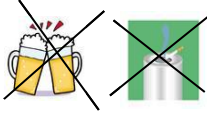


年	月	日	時	分
---	---	---	---	---

予約時間は1時間毎に複数各設定していますので、指定時刻から1時間の範囲で検査を行います。

## ◆◆◆検査の説明◆◆◆

上記時間に1階再来受付機に診察券を通してから、2階内視鏡センターへお越し下さい。

紹介患者様は、医療支援連携室へお越し下さい。

<p>★検査前 ( / )から</p>	<p>●抗凝固剤( )を、飲まないで下さい。</p>
<p>★検査前日 ( / )から</p> 	<p>●タバコ・アルコールは、お控え下さい。 ●夕食は固い物は避けて、<u>消化の良い物</u>を、おとり下さい。 ●食事は、<u>午後9時頃まで</u>に済ませて下さい。 それ以降は、何も食べずに、水・お茶は普通におとり下さい。 ●就寝前に薬を服用されている方は、いつものようにお飲み下さい。</p>
<p>★検査当日 ( / )</p> 	<p>●朝食は、絶対におとりにならないで下さい。 ●水・お茶の制限はありません。 ●血圧・心臓・喘息・てんかんの薬を内服されている方は、<u>朝7時まで</u>に服用して下さい。 ●糖尿病で内服やインスリンの注射をされている方は、朝より中止して下さい。 (詳細は、担当医師にご確認下さい。)</p>
<p>★ご注意</p> 	<p>●締め付ける下着や脱ぎづらい服、アクセサリ類、口紅はお控え下さい。 ●マニキュア等はお控え下さい。 ●メガネ・入れ歯をはずして頂きますのでご了承下さい。 ●検査の際、鎮静剤・鎮痛剤や胃の動きを抑える注射をしますので、<u>自転車・バイク・自動車など自分で運転する乗り物での来院は、ご遠慮願います。</u> (胃の動きを抑える注射は視野がまぶしくなる可能性があるため運転できません) ●鎮静剤・鎮痛剤を使用した場合は、30分程お休み頂きます。 ●やむを得ず、来院出来ない場合は、下記までご連絡下さい。 ●貴重品の紛失や盗難については、責任を負いかねますので、ご注意下さい。 ●現在服用している薬の<u>お薬手帳</u>をお持ちの方は、当日ご持参下さい。</p>

※ご不明な点や検査の取り消しがありましたら、下記までお問合せ下さい。

連絡先: 聖マリアンナ医科大学東横病院

TEL: 044-722-2121(代表)

問い合わせ時間: 14:00~16:00(平日)

※緊急処置の対応のため、待ち時間が発生する場合がございます。







## 上部消化管内視鏡検査説明文

### A. 上部消化管内視鏡検査とは

食道、胃、十二指腸までの上部消化管を観察します。内視鏡の先端に組み込まれたビデオカメラで消化管内部を観察し、ポリープ・腫瘍・潰瘍・炎症などを発見した場合は病変の一部を採取し、顕微鏡で詳しく調べることがあります(生検)。

このため、抗凝固剤や血小板凝集抑制剤(いわゆる血液サラサラの薬:アスピリン、ワーファリン、パナルジン等)を服用中の方や緑内障・狭心症・心筋梗塞・前立腺肥大症のある方は診療担当医師にお申し出下さい。

なお、生検結果報告までには1~2週間を要する場合がありますので、あらかじめご了承下さい。

### B. 検査で使用する薬剤について

苦痛なく検査を受けていただくために、のどに麻酔薬をスプレー(噴霧)します。歯科治療での局所麻酔薬、感冒薬などで薬剤アレルギーの経験がある方は診療担当医師にお申し出下さい。

また、鎮静剤・鎮痛剤や胃腸の動きを抑える静脈注射する場合があります。個人差がありますが、手足が思うように動かず転倒しやすくなったり、視野がまぶしく感じるなどの症状が長引き、自動車、バイク、自転車の運転や重要な判断を要する仕事に支障がでることがあるので、当日は運転する予定などは入れないようにお願いいたします。

特に鎮静剤・鎮痛剤を使用後は転倒しやすくなるため、注意事項の内容をご了承下さい。

#### 【転倒防止の注意事項】

鎮静剤・鎮痛剤の使用後は覚めたと思っても転倒しやすくなるため、検査後は無理せず十分に覚めてから帰宅して下さい。また、スニーカーなどかかとを覆う靴を履き、一人で帰宅することが不安な場合は付き添いの方をお願いします。

### C. 危険性・合併症

検査中に必要に応じて組織を採取しますが(生検)、まれに出血や穿孔(穴が開く事)などが発生することがあります。また、内視鏡時の処置薬剤によるアレルギーやマウスピース使用による歯牙や顎のトラブルが発生することもまれですが報告があります。日本消化器内視鏡学会によるとこれらの上部内視鏡検査・治療での合併症・偶発症の報告は全国集計で0.005%(18000人に1人)です。このような場合医学的に必要と考えられる最善の処置、治療を行うために入院や緊急的な内視鏡や手術が必要になる可能性があります。合併症・偶発症に対する処置は通常の保険診療として行います。あらかじめご了承下さい。

### D. 病理診断結果

組織採取をした場合の結果は約1~2週間かかるため、外来診察のときにお伝えします。

以上の説明をご理解いただいた上で、別紙の同意書にご署名をお願いします。  
なおご不明な点は担当医師または下記にお問い合わせ下さい。

## 上部消化管内視鏡検査同意書

聖マリアンナ医科大学東横病院 病院長殿

このたび 年 月 日の上部消化管内視鏡検査を受けるにあたり、その目的、方法、偶発症等につき医師から十分な説明を受けましたので、その実施に同意いたします。緊急処置の必要が生じた場合、適切な処置を受けることについても承諾いたします。

説明 医師	説明年月日(西暦) _____年 月 日		
	診療科  _____	説明医師(または内視鏡施行医師)(署名)  _____ ④ <small>(※署名であれば押印不要)</small>	
患者	氏名	署名	同意年月日(西暦)
			20 年 月 日
* 家 族 代 理 ま た は 人 は	ふりがな		患者との関係
	氏名	署名	
	住所	電話番号 ( ) -	

\*家族または代理人欄は、患者本人が未成年または身体的・判断能力的な理由から署名できない場合にご記入ください

## 内視鏡診療における抗血栓薬の(継続・休薬)に関する説明・同意書

脳梗塞や心筋梗塞など、血栓(血管内での血液の固まり)によって起こる病気を予防・治療するために抗血栓薬が使われます。抗血栓薬には、抗凝固剤(ワーファリンなど)と抗血小板薬(バイアスピリン、プラビックス、プレタール、パナルジンなど)があります。全ての抗血栓薬は血を固まらせにくくする作用を持ち、出血を伴うことが予想される手術・処置では、抗血栓薬を休薬することが推奨されてきました。しかし、抗血栓薬を休薬すると脳梗塞や心筋梗塞などの血管性疾患を発症する可能性があります。例えばワーファリンを休薬すると脳梗塞や他の血管性疾患が約1%の頻度で起こること、また脳梗塞既往があり内服中の抗血小板薬を休薬すると脳梗塞再発の危険性が3.4倍に上昇することや、冠動脈ステントを留置している場合は、抗血小板薬を休薬すると急性心筋梗塞の発症が増加することが報告されています。

2012年7月の内視鏡診療ガイドラインで、血栓症のリスクの高い場合には抗血栓薬を休薬せずに内視鏡の組織検査を行うことが推奨されました。抗血栓薬を複数内服されている場合には慎重に対応することになっておりますが、抗血栓薬1剤であれば、組織検査による出血の危険性が高くないとされており、当院ではこのガイドラインに従って内視鏡診療を行う考えです。

薬剤の性質上、出血の危険性が高くなる可能性は否定できません。さらに抗血栓薬の内服の有無を問わず、組織検査にはある一定の確率で出血を起こすこともあります。出血した場合は最善の対応を行います。出血量が多量の場合は重篤な状態に及ぶこともあります。不明な点がありましたら遠慮なくお尋ねください。

その上で、医師は☑の指示を出すため、指示通りをお願いいたします。

(抗血栓薬 \_\_\_\_\_ )を継続したまま内視鏡を行います。

① 以下の薬剤を休薬して内視鏡を行います。

休止薬剤: ワーファリン    アスピリン系薬剤(                      )    パナルジン  
プラビックス    エフィエント    プレタール    リクシアナ    イグザレルト  
エリキュース    プラザキサ    その他(                      )  
 休薬期間:                      年    月    日 ~                      年    月    日

② 以下の薬剤を休薬して内視鏡を行います。

休止薬剤: ワーファリン    アスピリン系薬剤(                      )    パナルジン  
プラビックス    エフィエント    プレタール    リクシアナ    イグザレルト  
エリキュース    プラザキサ    その他(                      )  
 休薬期間: (西暦)                      年    月    日 ~                      年    月    日

説明年月日(西暦)                      年    月    日

診療科                      \_\_\_\_\_

説明医師(署名)                      \_\_\_\_\_<sup>Ⓜ</sup>

(※署名であれば押印不要)

聖マリアンナ医科大学東横病院 病院長殿

上記の診療行為について説明を受けましたので、同意致します。

患者	氏名	署名	
	ふりがな	患者との関係	
*家族代表 または 代理人は	氏名	署名	
	住所	電話番号 (                      )                      -	

\*家族または代理人欄は、患者本人が未成年または身体的・判断能力的な理由から署名できない場合にご記入ください

同意年月日(西暦)                      年    月    日

診-20190712-2版