

【上部消化管の内視鏡検査を受けられる方へ】

ID

カナ

氏名

生年月日

様

性別 男

診療科

予約医師

消化器内科

鈴木 拓人

検査日

日

日曜日

予約時間

予約時間が0の場合は、10時30分頃来院して下さい

*予約患者様が優先となります

➤常用薬がある方は、お薬手帳をお持ちください。

➤以下の薬は指示された日から、内服を休止して下さい。

() 月 日から内服中止
() 月 日から内服中止

□検査前日 (月 日)

- ・午後8時までに夕食を済ませてください。夕食以降は何も食べないでください。
- ・ただし、水分は取るようにしてください。

□検査当日 (月 日)

- ・お食事はできません。
- ・朝7時以降は水分もとらないでください。
- ・お薬を飲む方は、朝7時までにコップ1杯程度の水で内服してください。

➤内服する薬()

来院したら・・・

◇再来受付を済ませ、内視鏡検査の受付窓口へお越しください。

<その他の注意事項>

- *検査の内容や担当医師によってお待たせすることがありますので、あらかじめご了承ください。
- *ご高齢の方は、なるべく付き添いの方とお越しください。

《痛み止めや眠くなる点滴を使用した場合》

- *お車、バイク、自転車等の運転はできません。
- *検査後、1時間半～2時間ほど休んでいただきます。
- *検査当日は、ご家族の送迎が公共の交通機関をご利用ください。
- *帰宅後も当日は運転はできません。検査以外の予定は入れないようにしてください

※ご質問・ご不明な点・検査のキャンセル等がございましたら、下記までご連絡ください。

千葉県がんセンター (代)043-264-5431

月曜日～金曜日 9:00～17:00 各診療科外来窓口



a0198034112050001a

検査説明書 胃（上部消化管）内視鏡検査

ID: 氏名:

予約医師: 鈴木 拓人

診療科: 消化器内科

検査日: 2018年12月2日

1. 検査目的

食道・胃・十二指腸を内視鏡で観察し、病气(炎症、潰瘍、ポリープ、癌など)や治療効果を評価するために行います。

2. 検査方法

検査準備室で、胃の中の泡を消すシロップを飲みます。検査室に移動し、胃腸の動きを抑える薬を注射してから、のどにスプレー麻酔を行い、内視鏡(直径10mm弱)を口から挿入し、食道、胃、十二指腸を空気で膨らませながら観察します。そのために、咽頭(ノド)の違和感、閉塞感や、お腹の膨満感などがあります。検査時に病変が見つかった時は、詳しく調べる為に、青い色素やヨードを撒いたり、組織を採ったり(生検)する事があります。組織結果は外来での説明となります。検査中に出血がみられた場合は、止血処置を行うこともあります。

3. 検査前後の注意

①検査当日朝は絶飲食です。常用薬に関しては、継続する場合と中止する場合がありますので前もって医師、看護師に必ず確認してください。特に抗凝固剤、抗血小板剤(ワーファリン、パナルジン、バイアスピリン、プレタールなど)を服用されている方は検査予約時にお申し出ください。

②検査中に使用する鎮痙剤の作用で口が渇いたり、目がチカチカしたり、動悸がしたりします。また、鎮静剤を使用した場合、一時的にふらつき、眠気、視力低下、物忘れなどを生じる場合があります。検査後内視鏡室でお休み頂きますが、検査後に車、オートバイ、自転車などの運転は大変危険ですので検査当日は交通機関をご利用頂くか、ご家族とご一緒にご来院下さい。また検査後に重要な判断を要する仕事を行うことは避けてください。

③検査後、麻酔薬の効き目がとれるまでは食事はできません。

④色素を使う検査をした時には、検査後胸焼けがしたり、尿や便に色が付いたりします。

⑤生検をした後で稀に出血することがあります。万一、血液を吐いたり、タールのようなものが下から出たり(下血)した場合は、直ぐに病院に連絡してください。

また下記に該当する方も予約時に事前にお申し出ください。

1) 歯科治療、局所麻酔薬でアレルギー症状や気分が悪くなったことがある方

2) 現在治療中の病气のある方、または過去に入院、治療歴のある方

4. 検査に伴う合併症等

上部消化管内視鏡検査に伴う合併症の頻度は、全国集計で0.005%でした。

内容としては、生検やカメラの接触に伴う出血、裂創、穿孔(食道・胃・十二指腸・小腸など)、皮下気腫、縦隔炎などです。他、のどの麻酔薬、鎮痙剤、ヨードなどの薬剤によるアレルギー反応(発疹、気分不快、

血圧低下、呼吸困難など)や鎮静剤投与に伴う呼吸抑制、循環抑制、覚醒遅延などが生じることがあります。

万一、上記のような合併症が起こった場合は、大事に至らぬよう万全の対応をいたしますが、

必要に応じ入院や緊急の処置、輸血や手術を要することがあります。

検査同意書

私は、上記検査について十分な説明を受け、その内容及び危険性について理解しましたので、検査の実施に同意します。

20 年 月 日

患者氏名

代筆者

続柄 ()