

お薬手帳をご持参ください
15分前にはお越しください

内視鏡検査(食道・胃・十二指腸)問診票

医療法人 藤田医院

院長 藤田 泰彦

06-6335-3535

検査日時 令和 年 月 日(曜日) 時 分

I D

氏名 _____ (生年月日: 年 月 日)

内視鏡検査をお受けになる方は、以下の質問に○印をつけて記入し、検査当日、この用紙をお持ち下さい。

1. 今までに内視鏡検査(胃カメラ)を受けられたことがありますか？
はい いいえ
2. 歯医者さんで麻酔の注射を受けて具合が悪くなったことがありますか？
はい いいえ
3. 今までにお薬のアレルギーはありますか？
はい(キシロカイン・ヨード・その他) いいえ
4. ふだんお鼻のとおり具合はどうですか？
右がつまりやすい・左がつまりやすい・両方つまりやすい・とくに意識していない
5. 今までにお鼻の病気にかかったことがありますか？
はい(鼻ポリープ・鼻茸・花粉症・アレルギー性鼻炎・副鼻腔炎・
鼻中隔彎曲症・その他) いいえ
6. 次の病気で言われたことのあるものに○印をつけて下さい。
緑内障 狭心症 心筋梗塞 前立腺肥大症
高血圧 糖尿病 高脂血症 気管支喘息
脳梗塞 脳血栓 脊柱管狭窄症 慢性動脈閉塞症
肝硬変 慢性肝炎 血小板減少症 甲状腺機能異常

7. 糖尿病薬や抗凝固薬、抗血小板薬など血液をサラサラにする薬を飲んで
いますか？

抗凝固薬、抗血小板薬 ・ワーファリン・バファリン・アスピリン・バイアスピリン
・エパデール・パナルジン・プレタール・プロサイリン・ドルナー・プロレナール
・オパルモン その他()

糖尿病薬 ・リベルサス・ビクトーザ・トルリシティ・マンジャロ・バイエッタ
・ヒデュリオン・リキスミア・ゾルトファイ・ソリクア その他()

8. とくにお体の不自由なところや、なにか不安・心配なことがあればお書き下さい。

経鼻内視鏡検査を受けられる方へ

医療法人 藤田医院

院長 藤田 泰彦

06-6335-3535

検査日時 令和 年 月 日(曜日) 時 分

I D

氏名 _____ (生年月日: 年 月 日)

この検査は、鼻とのどの局所麻酔をした後に内視鏡という細長い管を鼻から入れて、鼻・のど・食道・胃・十二指腸までのいろいろな病気を見る検査です。

麻酔にかかる時間は15～20分ぐらいで、その後の検査も10分ぐらいで終わります。

内視鏡の太さは直径5～6mmで、ふつうの内視鏡に比べるとかなり細くなっています。

一般的には内視鏡を鼻から入れた方が、口から入れるよりも嘔吐反射(ゲーゲー、オエッオエッ)が少なくて楽に検査ができます。

検査中は意識もはっきりしてお互いに会話をしながら検査が進みます。

まれに、鼻が狭くて鼻から内視鏡が入らない場合があります。その時は口から内視鏡を入れて検査をすることができますが言葉をしゃべることはできません。

検査終了後はすぐにお仕事や普段どおりの生活ができ、お車の運転もできます。また、お水を飲んでむせなければお食事もできます。

検査前日: 夕食は夜9時までにはすませ、お薬はいつものようにお飲み下さい。

お水、お茶は夜12時ごろまでは飲んでも結構です。

夕食に海そう類・きのこ類はさけて下さい。

検査当日: お食事はしないでいらして下さい。

検査予定時刻の2時間ぐらい前にコップ1～2杯の水をお飲み下さい。

朝のお薬は服用しないでください。

【経鼻内視鏡検査の進み方】

1. 検査前の処置

- ・ シロップを飲んで胃の中をきれいにして見やすくします。
- ・ 椅子にすわって診察をしながら鼻とのお薬をつけます。
- ・ ベッドに仰向けになり鼻の麻酔をします。
- ・ 麻酔にかかる時間は15分ぐらいです。

2. 検査中

- ・ ベッドに左向きに横になった状態で検査を行います。
- ・ 検査時間はだいたい10分ぐらいです。
- ・ 内視鏡のモニターを見ながら質問したり説明を聞いたりできます。
- ・ 診断を確かめるために色素をまいたり組織を採取したりすることがあります。

3. 検査終了後

- ・ すぐにお仕事や普段どおりの生活ができ、お車の運転もできます。また、お水を飲んでむせなければお食事もできます。
- ・ 組織を採取した場合は特別な処理をしてから顕微鏡で見るので、どんな病気であるか結果が出るまでに約1～2週間ぐらいかかります。

[検査の偶発症・合併症]

- ・ 鼻の狭い人では鼻の麻酔をしても多少の痛みがある場合もあります。
- ・ 検査後に鼻血がでることもありますが、ほとんどは数分で止まります。
- ・ 組織を採取した部位からの出血に対して止血処置を要することがあります。
- ・ ごくまれに麻酔のお薬で具合が悪くなる場合があります、状況に応じて対処します。

以上、ご理解・納得をいただき、内視鏡検査を受けることに同意されましたら下にご署名をして、検査当日この用紙を受付にお持ちください。
何かわからないことがあればご連絡下さい。

ご説明年月日：令和 年 月 日 説明医師署名 藤田 泰彦

ご署名年月日：令和 年 月 日 同意者ご署名