

2枚目もご覧ください

| | |
|------|---|
| 患者ID | |
| フリガナ | |
| 氏名 | 殿 |
| 生年月日 | |
| 性別 | |

相模原赤十字病院の

胃内視鏡検査をお受けになる方へ

- 1) 診察券 2) 予約票 3) タオル 4) この用紙 5) 検査同意書 6) アレルギー問診票
7) お薬手帳 ※当院以外のお薬を飲んでいる方は、必ず薬品名がわかるようにしてください。
薬品名がわからない場合は、必ずお薬を持参してください

検査前日 月 日

食事 夜9:00以降は何も食べないでください

水分 飲んでもかまいません ※お酒は禁止

お薬 通常通り飲んでください

検査当日 月 日

食事 何も食べないでください

水分 水分は(水・お茶・スポーツドリンク)検査予約時間の2時間前までにコップ1杯程度(約200ml)飲んでもかまいません。

お薬 いつも飲んでいる薬は原則として飲まないでください

※ただし血圧・心臓・抗けいれん剤・ぜんそくの薬は、予約時間の3時間前までに多めの水でかならず服用してください。

糖尿病の飲み薬、インスリンの注射はお止めください

※血液を固まりにくくする薬は医師の指示どおりにしてください

() 普段どおり服用してください

() _____ を 月 日より中止してください

【お願い】

- ◆ 検査は予約制になっていますが、都合により予約の時間通りにできないこともありますので、ご了承ください
- ◆ 都合により検査が受けられない場合は、予約変更または取り消しの連絡を早めにお問い合わせ致します

【ご記入ください】

- ① 胃カメラを受けたことはありますか (はい いいえ)
※はいの方へ
喉（のど）の麻酔で具合が悪くなったことはありますか (はい いいえ)
- ② 脳梗塞 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈といわれたことはありますか
※はいの方へ 病名を○で囲ってください (はい いいえ)
- ③ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく といわれたことがありますか (はい いいえ)
※はいの方へ 病名を○で囲ってください
- ④ 当院以外のお薬をのんでいますか (はい いいえ)

- ⑤ 血液を固まりにくくする薬を飲んでいませんか (はい いいえ)
※はいの方

薬品名 _____

◆看護師が確認、記入

- ⑥ 緑内障といわれたことがありますか (はい いいえ)
- ⑦ 胃の手術をしていますか (はい いいえ)
- ⑧ 前立腺肥大症といわれたことはありますか（男性の方のみ） (はい いいえ)

Nsサイン

◆予約変更・取り消し（14時～16時）

相模原赤十字病院

内視鏡室（直通）042-784-2173

地域医療連携課 042-784-9717

上部内視鏡検査の説明

検査の目的：食道、胃、十二指腸を内視鏡で観察し、胃炎、ポリープ、がんなどの病気を見つけ、適切な治療方針を立てるために行います。

方法：内視鏡医が、軟性内視鏡（スコープ）を口より挿入し、空気を送りながら観察し、必要なときは青い色素をかけたり、組織をとることもあります。

準備：検査予約に来た日に血液検査を行うことがあります。

検査当日は、朝から食事を止めますが、水、お茶、スポーツドリンクは飲んでもかまいません。問診と血圧測定を行った後、口とのどの麻酔をします。検査直前に胃腸の動きを弱める筋肉注射をします。

合併症について：内視鏡検査は細心の注意を払って行いますが、ごくまれに、麻酔のアレルギー、組織採取後の出血、食道胃接合部に裂傷をおこすことがあります。

万一、合併症が生じた場合は、担当医師が責任をもって対応します。

合併症をおこさないためにも、既往症や服用中の薬は大切なので、問診時に詳しく教えてください。

検査に使用する機器の消毒、滅菌：スコープは一例ごとにブラッシング洗浄して、全ての病原微生物を除去する消毒を行っています。組織をとる鉗子類は、オートクレーブで滅菌したものを使っています。

上部内視鏡検査の同意書

上記について説明し、検査の同意が得られました。

令和 年 月 日

医師氏名

上部内視鏡検査の目的や方法、合併症について医師の説明を受け、上記事項を読み
了解しましたので、相模原赤十字病院で検査を受けます。

令和 年 月 日

本人（または代理人）

署名

上部内視鏡検査の説明

検査の目的：食道、胃、十二指腸を内視鏡で観察し、胃炎、ポリープ、がんなどの病気を見つけ、適切な治療方針を立てるために行います。

方 法：内視鏡医が、軟性内視鏡（スコープ）を口より挿入し、空気を送りながら観察し、必要なときは青い色素をかけたり、組織をとることもあります。

準 備：検査予約に来た日に血液検査を行うことがあります。

検査当日は、朝から食事を止めますが、水、お茶、スポーツドリンクは飲んでもかまいません。問診と血圧測定を行った後、口とのどの麻酔をします。検査直前に胃腸の動きを弱める筋肉注射をします。

合併症について：内視鏡検査は細心の注意を払って行いますが、ごくまれに、麻酔のアレルギー、組織採取後の出血、食道胃接合部に裂傷をおこすことがあります。

万一、合併症が生じた場合は、担当医師が責任をもって対応します。

合併症をおこさないためにも、既往症や服用中の薬は大切なので、問診時に詳しく教えてください。

検査に使用する機器の消毒、滅菌：スコープは一例ごとにブラッシング洗浄して、全ての病原微生物を除去する消毒を行っています。組織をとる鉗子類は、オートクレーブで滅菌したものを使っています。

上部内視鏡検査の同意書

上記について説明し、検査の同意が得られました。

令和 年 月 日

医師氏名

上部内視鏡検査の目的や方法、合併症について医師の説明を受け、上記事項を読み
了解しましたので、相模原赤十字病院で検査を受けます。

令和 年 月 日

本人（または代理人）

署名

上部内視鏡検査の説明

検査の目的：食道、胃、十二指腸を内視鏡で観察し、胃炎、ポリープ、がんなどの病気を見つけ、適切な治療方針を立てるために行います。

方法：内視鏡医が、軟性内視鏡（スコープ）を口より挿入し、空気を送りながら観察し、必要なときは青い色素をかけたり、組織をとることもあります。

準備：検査予約に来た日に血液検査を行うことがあります。

検査当日は、朝から食事を止めますが、水、お茶、スポーツドリンクは飲んでもかまいません。問診と血圧測定を行った後、口とのどの麻酔をします。検査直前に胃腸の動きを弱める筋肉注射をします。

合併症について：内視鏡検査は細心の注意を払って行いますが、ごくまれに、麻酔のアレルギー、組織採取後の出血、食道胃接合部に裂傷をおこすことがあります。

万一、合併症が生じた場合は、担当医師が責任をもって対応します。

合併症をおこさないためにも、既往症や服用中の薬は大切なので、問診時に詳しく教えてください。

検査に使用する機器の消毒、滅菌：スコープは一例ごとにブラッシング洗浄して、全ての病原微生物を除去する消毒を行っています。組織をとる鉗子類は、オートクレーブで滅菌したものを使っています。

上部内視鏡検査の同意書

上記について説明し、検査の同意が得られました。

令和 年 月 日

医師氏名

上部内視鏡検査の目的や方法、合併症について医師の説明を受け、上記事項を読み
了解しましたので、相模原赤十字病院で検査を受けます。

令和 年 月 日

本人（または代理人）

署名

アレルギー問診票

患者または代理人サイン（続柄）

確認者サイン

()

安全に治療を行うために以下の質問にお答え下さい。

問診日

年

月

日

| 質問内容 | 回答 |
|--|---------------------------|
| 1. 薬剤（内服薬・注射薬・点眼薬・外用薬・造影剤・その他） などで蕁麻疹などのアレルギー反応を起こしたことがありますか。 “ある”と答えた方は使用薬剤名と具体的な症状を記入して下さい。 () | ない・ある・わからない |
| 2. 食物アレルギーがありますか。 “ある”と答えた方は食品名を記入して下さい。 () | ない・ある・わからない |
| 3. その他のアレルギーがありますか（金属・ゴム・その他） “ある”と答えた方は製品名を記入して下さい。 () | ない・ある・わからない |
| 4. アルコール綿の使用で皮膚のかぶれがありますか。 | ない・ある・わからない |
| 5. 絆創膏の使用で皮膚のかぶれがありますか。 | ない・ある・わからない |
| 6. 喘息がありますか。 “ある”と答えた方は治療歴を記入して下さい。 () | ない・ある・わからない |
| 7. 歯の麻酔をしたことのある方にお聞きします。 麻酔使用時に何か異常がありましたか。 異常があった場合は、具体的な症状を記入して下さい。 () | 異常が なかった・あった・ わからない |

相模原赤十字病院の検査のご案内

患者氏名 _____ 様

検査予約日時 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

検査予約内容 _____

1. 検査当日20分前迄に、2階総合カウンターへお越し下さい。 (検査内容によって異なる場合があります。)

【来院時の持ち物】

- 1) 「相模原赤十字病院の検査のご案内」(この用紙)
- 2) 「診療情報提供書(検査依頼書)」
- 3) 「保険証」
- 4) 「診察券」(以前に当院受診されている方)

2. 都合が悪く来院できない場合は、必ず地域医療連携課にご連絡ください。

【連絡先】相模原赤十字病院 地域医療連携課
TEL: 042-784-9717 FAX: 042-784-2551