

胃カメラで鎮静剤使用をご希望される方の
血液検査に関するご案内

今村病院健康管理センターにご予約いただきありがとうございます。

血液検査・鎮静剤静脈注射と2回注射が必要になりますが、受診者様の苦痛軽減目的のため、血液検査時に再度注射をしなくてもよいように持続点滴をさせていただきます。

まれに点滴もれ、痛み、しびれなどがありますが、今までのように針を2回刺すことよりも、そのリスクは軽減できます。

胃カメラ検査の鎮静剤静脈注射後には取り外します。

ご不明な点がございましたら、スタッフまでお気軽にお声掛けください。

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査の説明および同意書

【 概要 】

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査は、食道・胃・十二指腸（一部）の腫瘍、ポリープ、炎症などの病気を発見する最も精度の高い検査です。口から挿入する内視鏡は、柔らかく、小指程度の太さですので、挿入されても呼吸ができなくなることはありません。

【 検査前日 】

- ① 午前中の検査となりますので、検査前日の夜 9 時以降は食事を摂らないでください。
- ② 水に限り、夜 9 時以降の水分補給は可能です。
- ③ 常備薬は夜 9 時までに服用してください。

【 検査当日 】

- ① 検査当日の朝食は摂らずに、健康管理センターまでお越しください。水に限りコップ 1 杯程度であれば飲んでこられて構いません。

※注意：下記事項に該当する場合、胃全体を正確に観察できませんので、当日検査できません。

- ・朝食を食べた方
- ・コーヒー、乳製品、野菜・果物ジュース類などを飲まれた方

- ② 現在治療中の病気をお持ちの方には受診当日の注意事項があります。

※**血圧、心臓病にて内服中の方⇒朝 7 時までにコップ 1 杯程度の水で内服して下さい。**

※**血糖を下げる薬を内服中の方、インスリン注射している方⇒使用せずに持参して下さい。**

※**血液をサラサラにする薬（抗血小板剤・抗凝固剤）を内服中の方⇒内服可能です。但し、組織検査や、ピロリ菌の検査はできませんので、検査をご希望の方は、必ず主治医へご相談の上、内服を中止し来院して下さい。自己中断はされないようお願い致します。**

お薬手帳をお持ちの方は、当日持参されて受付時にスタッフへお知らせください。検査に支障がないかの確認のため、当院にてコピーさせていただく場合もあります。

- ③ 鎮静剤の使用を希望される方は、公共の交通機関にて来院されてください。また、使用に関しては注意事項があります。

※『**緑内障や眼圧亢進にて治療中の方**』は、主治医（眼科医）の許可を得なければ鎮静剤の使用ができません。また、過去の定期健診などで、**緑内障疑いや眼圧が高いため精密検査が必要と言われたが、眼科受診せず放置されている方は鎮静剤の使用はできません。**

※鎮静剤の効き方には個人差があります。

※鎮静剤は手術などで使用する麻酔とは違います。完全に意識を失くす注射ではなく、**リラックスして検査していただく為**に当院では受診者様の希望制にて使用しています。

※**鎮静剤使用後は、眠気やお酒に酔ったような感じが半日～1 日程度残ります。**

その為、**帰宅時の車・バイク・自転車等で来院された方は使用できません。**

（別紙、「鎮静剤を希望される方へ」の同意書があります。）

- ④ 歯科などで部分的に麻酔をする注射をして、アレルギー症状や意識消失など起こされた方は、**問診時に必ずスタッフへお申し出ください。**

- ⑤ 検査時は、**眼鏡は外し、義歯は外して頂く場合もあります。女性の方は口紅をとり、マニキュアは落として下さい。髪の毛の長い方は束ねてください。**

【 検査後 】

- ① のどの麻酔をしているため検査後 1 時間程度は、のど周辺にしびれや違和感が残ります。

- ② 水分や食事を摂る場合は、**検査後 1 時間程度経過して**少量の水を飲み『**むせないことを確認**』してください。むせるようなことがあれば、15 分程度時間をあけて再度少量の水を飲んで、むせないか確認してください。むせることがなくなれば、食事・水分を摂られて構いません。

【 組織検査・ピロリ菌検査 】

検査中に異常が疑われる部分が確認された場合、色素を撒布したり、『良性・悪性の診断』や『ピロリ菌感染の診断』を目的に異常部分の一部を採取する精密検査（組織検査・ピロリ菌検査）を行うことがあります。

※組織検査：悪性の可能性を疑う部分（組織）の粘膜を少しとって詳しい検査をします。顕微鏡で詳しく検査するため、結果が出るまでに3週間程かかります。

※ピロリ菌検査：ピロリ菌がもっているウレアーゼという、尿素を分解する酵素の活性を利用し、調べる方法（ウレアーゼテスト）です。採取した粘膜を特殊な反応液に添加し、反応液の色変化でピロリ菌の有無を判定します。
20分値と2時間値で判定しますので、当日中に検査結果が出ないこともあります。

※『良性・悪性の診断』や『ピロリ菌感染の診断』のための精密検査は、**受診者様のご希望制**となっております。**医師の判断にて検査させていただきます。検査をされた場合は負担金が発生します。**

希望される方：胃カメラ検査問診票のご署名欄にボールペンにて氏名を記入してください。

希望されない方：今回は、詳しい検査はいたしません。

しかし、異常を疑われる部分が確認された場合、検査終了後の診察時に今後の検査などについて、先生から説明があります。

【 検査の安全性・起こりうる合併症 】

上部消化管内視鏡検査は安全な検査ですが、合併症が全くないわけではありません。

日本消化器内視鏡学会が行った近年の全国集計では、合併症（出血・裂傷・薬剤アレルギー・持病の悪化など）

0.057%、死亡例0.0011%と報告されています。

受診者様には、少しでも苦痛が少なく、安全に検査が終わるよう万全の注意を払います。しかし、万一生じた場合には最善の対処を致しますが、やむなく処置（入院・手術を含む）が必要になった場合の医療費は受診者様の負担となりますのでご了承下さい。

【 代替可能な検査 】

食道・胃・十二指腸の検査は、上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査以外に、造影剤を用いた上部消化管X線検査（胃透視）へ変更可能です。変更をご希望の方は、当日スタッフへお申し出下さい。

※検査当日の問診時の状況（血圧が高い方など）によっては、上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査の延期、もしくはお断りをさせていただくこともあります。

※上部消化管X線検査では異常を認めた場合に組織検査・ピロリ菌検査を行うことはできません。その為、異常が認められた場合は、2次健診（精密検査）にて後日、上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査をしていただくようになります。

以上、上部消化管内視鏡検査の説明に関してご了承いただける方は、下記同意書欄にボールペンでご署名ください。同意が得られない場合は上部消化管内視鏡検査できません。

《 上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査の同意書 》

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査を受けるにあたり、検査の説明を十分理解した上で検査を受けることに同意します。

年 月 日

ご署名

尚、検査当日に健康管理センター受付にて同意書を提出されても、いつでも同意を撤回することは可能です。受診者様のご勤務されている企業によっては、上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査がキャンセルできない可能性がございますので、受付時スタッフへお尋ね下さい。

医療法人社団 如水会
今村病院 健康管理センター
理事長 今村一郎

【上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)問診票】

氏名

男 ・ 女 年齢

※別紙、上部消化管内視鏡(胃カメラ)検査の説明及び同意書を参照されご記入ください。

1) 上部消化管内視鏡(胃カメラ)検査を受けられるのは今回初めてですか？	はい	いいえ
2) 現在、下記に当てはまるような症状があれば○をつけてください。 胃 痛 ・ 吐 き 気 ・ 胸 や け ・ 食 欲 不 振 ・ 体 重 減 少 そ の 他 ()		
3) 胃の手術をしたことはありますか？	はい	いいえ
※『はい』と答えられた方にお尋ねします。 いつ頃手術されましたか？ 昭和 ・ 平成 年 月頃 病 名 ()		
4) 過去に胃潰瘍・十二指腸潰瘍にて治療されたことがありますか？	はい	いいえ
※『はい』と答えられた方にお尋ねします。		
・ピロリ菌陽性と診断されたことがありますか？	はい	いいえ
・ピロリ菌の除菌治療されましたか？	はい	いいえ
・除菌治療後にピロリ菌が除菌されたかの判定検査をしましたか？	はい	いいえ
・判定の結果はどうでしたか？	除菌成功	除菌失敗
5) 現在、胃薬をのんでいますか？	はい	いいえ
※ 『はい』と答えられた方にお尋ねします ・薬品名を記入してください。 ()		
6) 鎮静剤は希望されますか？	はい	いいえ
ご注意: 希望される場合、健診当日は車での来院をお断りしております。		
※ 『はい』と答えられた方にお尋ねします		
・別紙「上部消化管内視鏡(胃カメラ)検査の説明および同意書」の「検査当日③」を読まれて、使用に関してご理解いただけましたか？	はい	いいえ
・健診時に緑内障疑いや眼圧が高いと言われたり、眼科で緑内障と言われたことがありますか？	はい	いいえ
・検査時に鎮静剤を使用して、じんましんがでたり、気分が悪くなったりしたことはありますか？	はい	いいえ
・甲状腺の病気と言われたことがありますか？	はい	いいえ

※ 裏面もご記入ください ※

7) 心臓が悪いと言われたことがありますか？ (例えば、狭心症・心筋梗塞・心不全・不整脈など)	はい	いいえ
8) 血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？	はい	いいえ
※ 『はい』と答えられた方にお尋ねします ・薬品名を記入してください。()		
・今回の検査のために主治医の指示で服薬をやめていますか？	はい	いいえ
(『いいえ』と答えられた方は組織検査できません。)		
・今回の検査の為に服用をやめた時期はいつですか？	月	日～
9) 歯科の麻酔で気分が悪くなったり意識消失したことなどありますか？	はい	いいえ
10) 造影剤でアレルギーが出たことがありますか	はい	いいえ
11) 組織検査・ピロリ菌検査(内視鏡医が必要と判断した時のみ検査します)を希望されますか？(希望される方は、検査時、 検査費用として本人負担金4000円～6000円前後が発生 いたします。)	はい	いいえ
署名()		
～ 男性の方へおたずねします ～		
12) 最近尿が出にくい症状があったり、前立腺肥大と言われたりしたことはありますか？	はい	いいえ

ご記入ありがとうございました。

※ご不明点などございましたら、
スタッフにおたずねください。



鎮静剤を希望される方へ

説明及び同意書

[目的]

内視鏡挿入による刺激で誘発される嘔吐反射を軽減し、リラックスして検査を受けていただきます。

[方法]

鎮静剤を年齢、体重に合わせ検査直前に投与し、呼びかけに応答できる程度の安定剤を静脈注射します。

[検査中]

検査中は脈拍、血中酸素飽和度（体内の酸素濃度）をモニターしながら検査を実施します。

[検査後]

内視鏡終了後 30 分~1 時間程度処置室にて経過観察が必要です。

[注意事項]

- ・検査当日、車・バイク・自転車等（以下車両等）で来院されている方は、安定剤の使用はできません。
- ・検査終了後の車両等の運転や、危険を伴う機械操作等の従事はできません。
- ・運動等により気分不快、頭痛を誘発する可能性があります。

同意書

今村病院 理事長殿

私は、安定剤について、本同意書を読み安定剤の目的、方法を十分理解しましたので、その実施について（ 同意いたします ・ 同意いたしません ）。

また、検査当日の車両等の運転、危険を伴う機械操作等の従事は（ いたします ・ いたしません ）。

_____年_____月_____日

ご署名_____

医療法人社団如水会
今村病院 健康管理センター
TEL 0942-84-1238
理事長 今村一郎