

検査等申込 兼 保険情報送信様式（FAX用）

紹介先  
医療法人社団相和会 刈野辺総合病院  
メディカルサポートセンター  
地域医療連携課 医療連携係  
TEL 042-754-3302（直通）  
FAX 042-754-3323（直通）

紹介元  
医療機関名  
医師名  
TEL  
FAX

※太枠内をご記入ください。項目・必要箇所は、マル○ または ☑をお願いいたします。 ☐開放登録医

|                           |                              |                             |                                                                         |                     |  |                                                |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|------------------------------------------------|
| フリガナ                      |                              | 性別                          | TEL                                                                     | 連絡の取れる電話番号をお願いいたします |  | 刈野<br>辺<br>総<br>合<br>病<br>院<br><br>記<br>入<br>欄 |
| 患者氏名                      |                              | 男・女                         |                                                                         |                     |  |                                                |
| 生年月日                      | 大 昭 平 令<br>年 月 日 歳           |                             | 住所                                                                      | 〒                   |  |                                                |
| 刈野辺総合病院受診歴 有 ・ 無 診察券番号（ ） |                              |                             |                                                                         |                     |  |                                                |
| 傷病名                       |                              |                             |                                                                         |                     |  | 受付日                                            |
| 検査目的                      | ※記入せず、診療情報提供書のFAXでも結構です      |                             |                                                                         |                     |  | ／                                              |
| 予約<br>項目                  | 予約日時： 月 日（ ） 時 分             |                             |                                                                         |                     |  | 予約内容<br>確認者<br>(連携室)                           |
| 診察                        | 診療科 科                        |                             | 予約医師                                                                    |                     |  |                                                |
| CT                        | ※必須<br>単純<br>・<br>造影         | 撮影部位                        | 造影の場合 検査日（ / ）<br>eGFR > 又は（Cr： mg/dl）<br>※アレルギー対応や撮影方法等、遠慮なくお問い合わせください |                     |  |                                                |
| MRI                       |                              |                             |                                                                         |                     |  |                                                |
| エコー                       | 撮影部位                         |                             |                                                                         |                     |  | 内視鏡医<br>確認印                                    |
| 胃カメラ                      | 経鼻 ・ 経口                      | 適応があった場合の尿素呼吸試験<br>実施可 ・ 不可 | ※組織検査をした場合は結果郵送までに、2週間程お時間をいただきます。検査所見のみ先行FAXも可能ですので、ご所望ください。           |                     |  | 依頼                                             |
| その他                       | マンモグラフィー ・ 骨塩定量 ・ 栄養指導 ・ （ ） |                             |                                                                         |                     |  | 結果                                             |

|             |                                                                 |
|-------------|-----------------------------------------------------------------|
| 画像のご希望媒体    | フィルム ・ CD-R ・ プリント ・ 画像不要(レポートのみ)                               |
| CT/MRI 特記指示 | <input type="checkbox"/> 当日、画像の患者手渡しを希望<br>※特記指示がない場合は後日郵送いたします |

- ・ 当日の持ちもの  
診療情報提供書、健康保険証、診察券(お持ちの方)、検査に必要な書類（同意書、問診票）、お薬手帳
- ・ ご不明点は、地域医療連携課へお問い合わせください。

# 上部消化管内視鏡検査（経口） 内視鏡検査説明票

検査日の変更は、ご紹介元へお願いいたします。

## 【受付方法】

検査の20分前に総合受付で受付をして、東棟2階内視鏡・生理検査受付へお越しください

## 【当日の持ちもの】

紹介状、健康保険証、診察券（お持ちの方）、内視鏡同意書・問診票、お薬手帳や薬の説明書

| 日付   | 検査前日                                                                                                                                               |   | 検査当日                                                                                                                                           |      |                   |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|      | 年                                                                                                                                                  | 月 | 日                                                                                                                                              | （時間） | 検査の20分前に受付をしてください |
| 食事   | 夕食は午後7時頃までに<br>お済ませ下さい。<br>※油分を抑えた消化の良いもの<br>（胃の手術を受けられた方は、流<br>動食をお勧めします。）                                                                        |   |  <b>朝食は何も召し上がらないでください。</b>                                    |      |                   |
| 水分   | 夕食後からは以下のもののみ摂取<br>可能です。<br>※水・お茶・スポーツドリンク                                                                                                         |   |  <b>検査予約時間の1時間前（ ）</b><br>までは、水・白湯が飲めます。<br>※水は胃内の粘膜をきれいにします。 |      |                   |
| 薬    |  内服されている場合は、普段通り<br>継続して下さい。                                      |   |  心臓、血圧、喘息等の薬は起床時に服用し<br>て下さい。<br>その他の薬は、服用しないで下さい。            |      |                   |
| 注意事項 |  問診票の記入は治療中の病気、<br>内服薬など詳しく記入して下さい。<br>（お薬手帳又は薬の説明書を<br>ご用意下さい。） |   |  ガードルなど身体を締め付ける服装は避け<br>て下さい。（内視鏡検査に不向きなため）                  |      |                   |
|      | 血液を止まりにくくする薬を内服中の方へ<br>※必ず当日、お薬の内容が分かるものを持参して下さい。<br>※ワーファリンを内服している方は、組織検査は行えません。                                                                  |   | 医師より、検査結果の説明があります。                                                                                                                             |      |                   |
|      | 血圧制限について<br>※当日の血圧が、180/110mmHg以上の方は内視鏡検査を受けられません。<br><br>体重制限について<br>※体重が135kg以上の方は内視鏡検査を受けられません。<br><br>※キシロカインアレルギーのある方は、内視鏡検査を受けられません。         |   | 看護師より、検査後の注<br>意点の説明があります。                                                                                                                     |      |                   |
|      |                                                                                                                                                    |   | 検査の影響が2～3時間<br>続くことがあります。                                                                                                                      |      |                   |

お問い合わせ：湘野辺総合病院 内視鏡室

【電話】042-754-2222（代表）

【時間】14：00 ～ 17：00（土、日、祝日を除く）

患者氏名

(瀏野辺総合病院用)

## 上部消化管内視鏡検査(経口) 説明・同意書(3-①)

検査予定日 西暦 年 月 日

(説明内容)

### 1) 上部消化管内視鏡検査について

この検査では、食道・胃・十二指腸までの上部消化管を、医師の目で直接観察しながら検査を行うことができます。上部消化管にできる病気(ポリープ・がん・炎症など)を発見し、適切な治療方法を選択するために行います。

注意：咽頭(のど)・呼吸器・心臓の疾患・高血圧・肝障害で治療中の方、明らかに出血傾向のある方、アレルギー体質の方は医師にご相談ください。

### 2) 検査内容

内視鏡を挿入し、診断します。検査中病変が見つかった場合、疑わしい場合は、必要に応じ以下の処置を追加する場合があります。

(1) 病変の一部をつまみ、組織を採って詳しく検査(生検)します。

※ワルファリン(ワーファリン等)を服用されている方は、組織検査(生検)を行えません。

(2) 病変に色素を散布し、診断の助けとする場合があります。

### 3) 偶発症について

(1) 内視鏡による粘膜障害・裂傷・穿孔(穴が開くこと)

(2) 生検による出血

(3) 前処置の薬剤によるアレルギー等

(4) 検査前からあった疾患の悪化(症状の出ていなかった疾患も含む)等

偶発症の発生する頻度は、消化器内視鏡学会の偶発症全国調査によると、上部消化管内視鏡検査における偶発症発生は11,265,684件中782件0.007%で、死亡は13件0.00012%と報告されています。当院では偶発症防止に十分な注意を払うとともに、万一の偶発症については最善の対応をいたします。

### 4) 質疑応答

上記医療につき、患者様に説明いたしました。

西暦 年 月 日 主治医(ご紹介医)

瀏野辺総合病院 病院長殿

西暦 年 月 日

私は、上記の医療の説明を受け、質問をする機会を得て、内容を理解いたしました。また、上記の医療を行う上で必要な処置、及び上記の医療において予期されない状況が発生した場合には、それに対処する緊急処置を受けることも併せて

☐ 同意します ☐ 同意しません

患者氏名

または、親族及び理解補助者(理解者・父母・配偶者・兄弟姉妹・保護義務者・法定代理人)

氏名

(受診者との関係)

地域連携用 2025年6月

上部消化管内視鏡検査(経口) 説明・同意書(3-③)

# 上部消化管(食道・胃・十二指腸)内視鏡検査問診票

検査日： 西暦            年            月            日 (            曜日 )

お名前: \_\_\_\_\_ 様

検査の日、ご家族への連絡先: 電話 \_\_\_\_\_ お名前 \_\_\_\_\_ 様

内視鏡検査を安全に行うために、できるだけ詳しくご記入ください。

| 質問事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  | お答え |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|-----|-----|
| ① 上部内視鏡検査(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: 当院                  回、他院                  回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |     |     |
| 検査の後ご気分が悪くなったことはありますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  | はい  | いいえ |
| はいの方:        どのようになりましたか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |     |     |
| ② 局所麻酔(抜歯、皮膚切開)を受けて気分が悪くなったことはありますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  | はい  | いいえ |
| はいの方:        どのようになりましたか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |     |     |
| ③ ヘリコバクター ピロリ菌についてお尋ねします。当てはまるものに○をつけて下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |     |     |
| ・陽性除菌未      ・除菌成功      ・除菌失敗      ・陰性      ・未検      ・不明      ・除菌判定前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |     |     |
| ④ 血液の流れをよくする薬を飲んでいますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  | はい  | いいえ |
| はいの方: ・バイアスピリン                  ・バファリン                  ・エフィエント                  ・タケルダ<br>・パナルジン                  ・プラビックス                  ・ペルサンチン                  ・プレタール<br>(塩酸チクロジピン)      (クロピドグレル)      (ジピリダモール)      (シロスタゾール)<br>・エパデール                  ・ロトリガ                  ・ドルナー                  ・オパールモン<br>(イソサペント酸エチル)      (オメガ-3脂肪酸エチル)      (ベラプロストナトリウム)      (リマプロストアルフデクス)<br>・ワーファリン                  ・プラザキサ                  ・リクシアナ                  ・イグザレルト                  ・エリキュース<br>その他( ) |  |  |  |  |  |     |     |
| 血液の流れを良くするお薬はいつまで飲みましたか？                  月                  日                  朝                  昼                  夜                  まで飲みました。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |     |     |
| ⑤ 手術を受けたことはありますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  | はい  | いいえ |
| はいの方: ・胃      ・大腸      ・虫垂      ・胆のう      ・子宮      ・卵巣      ・他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |     |     |
| ⑥ 現在治療中、または過去に治療・指摘を受けたことのある病気はありますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  | はい  | いいえ |
| はいの方: ・狭心症                  ・心筋梗塞                  ・不整脈                  ・高血圧                  ・高脂血症                  ・緑内障                  ・高眼圧<br>・前立腺肥大症                  ・糖尿病                  ・褐色細胞腫                  ・腎疾患                  ・血小板減少症                  ・肝疾患<br>・脳梗塞                  ・甲状腺機能亢進症                  ・パーキンソン病                  ・気管支喘息                  ・リウマチ                  ・花粉症<br>その他( )                                                                                              |  |  |  |  |  |     |     |
| ⑦ 現在常用している薬(点眼薬含む)はありますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  | はい  | いいえ |
| はいの方:        何を飲んでいますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |     |     |
| ⑧ 薬品・食品のアレルギーはありますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  | はい  | いいえ |
| はいの方:        何に                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |     |     |
| ⑨ 女性の方、現在妊娠していますか？ 妊娠の可能性はありますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  | はい  | いいえ |
| 授乳中ですか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  | はい  | いいえ |

**\* 現在服用中のお薬手帳や薬の説明書もご持参ください**

**\* 検査当日はこの問診票を忘れずに提出してください**