

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 辺 総 合 病 院 記 入 欄
患者氏名		男・女			
生年月日	大 昭 平 令 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 項目	予約日時： 月 日 （ ） 時 分				予約内容 確認者 (連携室)
診察	診療科	科	予約医師		
CT	※必須 単純 ・ 造影	撮影部位	造影の場合 検査日（ / ） eGFR > 又は（Cr： mg/dl） ※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 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 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	☐ 当日、画像の患者手渡しを希望 ※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（経鼻） 内視鏡検査説明票

【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

検査日の変更は、ご紹介元へお願いいたします。

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 お済ませ下さい。 ※油分を抑えた消化の良いもの （胃の手術を受けられた方は、 流動食をお勧めします。）		 朝食は何も召し上がらないでください。	
水分	 夕食後からは以下のもののみ摂取可能です。 ※水・お茶・スポーツドリンク		 検査予約時間の1時間前（ : ） までは、水・白湯が飲めます。 ※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、普段通り継続して下さい。		 心臓、血圧、喘息等の薬は起床時に服用して下さい。 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、 内服薬など詳しく記入して下さい。 （お薬手帳又は薬の説明書をご用意下さい。）		 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 ※必ず当日、お薬の内容が分かるものを持参してください。 ※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。		↓ ＜検査前の確認・注意事項等＞ ・検査前に血圧を測ります。 ・検査手順のパネルをご覧ください。 ※予約時間の順にお呼びしますが、 検査内容により、順番が前後する 事が有ります。	
	パーキンソン病の薬を内服中の方へ ※お薬の内容によって経鼻内視鏡をお受けできない場合があります。 その場合は経口内視鏡に変更いたします。ご了承ください。		↓ ＜検査＞ ・仰向けから左側を下にして、膝・腰を 曲げ、楽な姿勢をとります。 ・医師がスコープを鼻から挿入し、 空気を入れながら検査をします。 ・必要があれば色素を散布して、組織 を採取します。 ・空気を抜いて、検査終了となります。 ※鼻から入らなかった場合、口からの 検査に切り替えます。	
	血圧制限について ※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。 体重制限について ※体重が135kg以上の方は内視鏡検査を受けられません。 ※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。		↓ ＜検査後の確認・注意事項等＞ ・鼻の通りをよくする薬を点鼻します。 ・胃をきれいにする水薬を飲みます。 ・鼻とのどに麻酔のスプレーをします。	
			[組織検査を行った場合] 結果が出るまでに2週間ほどお時間を 頂きます。結果はご紹介元へ郵送 いたします。	

お問い合わせ：澁野辺総合病院 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(経鼻) 説明・同意書(3-①)

検査日予定 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)

上部消化管内視鏡検査(経鼻) 説明・同意書(3-②)

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)

――
渚野辺総合病院 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)

上部消化管内視鏡検査(経鼻) 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 ー ー 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 ・パナルジン ・プラビックス ・ペルサンチン ・プレタール (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) ・エパデール ・ロトリガ ・ドルナー ・オパルモン (イコサペント酸エチル) (オメガ-3脂肪酸エチル) (ペラプロストナトリウム) (リマプロストアルファデクス) ・ワーファリン ・プラザキサ ・リクシアナ ・イグザレルト ・エリキユース 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 ・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 ・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 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