

内視鏡検査依頼書

※「X線フィルム」がございましたらご持参ください。

医療機関名							
検査日		年	月	日			
患者様情報	フリガナ						
	患者氏名	様	性別	男・女			
	生年月日	M・T・S・H	年	月	日	年齢	歳
	住所						
	電話番号						
前回内視鏡実施日		年	月	日			

【現在までの検査内容および患者症状、検査目的】

()

【下記の病気で現在治療中または内服があれば○印をお願いいたします】

心臓病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 薬の過敏症
その他 ()

【下記の病気で現在治療中または既往があれば○印をお願いいたします】

B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他感染症 ()

【内服薬】

抗凝固剤・抗血小板薬の服薬中止ができない方でも
視鏡担当医の判断で生検を実施する場合があります。

抗凝固薬 内服あり ・ 内服なし
抗血小板薬 内服あり ・ 内服なし

()

【ピロリ菌検査 除菌歴】

- ・ 除菌： ない ある
- ・ 除菌結果： 成功 失敗 確認していない

【一か月以内の血液検査結果】

*可能な限りで結構です。

赤血球数	万/ μ L
ヘモグロビン量	g/dL
ヘマトクリット値	%
血小板数	万/ μ L
白血球数	百/ μ L
PT時間	秒
PT INR値	

松本市医師会検査健診センター
☎ 32-8042 FAX 50-7033

『 検査同意書 』 記入のお願い

様

検査日時 月 日 (曜日) 時 分

医療機関からの紹介にて胃内視鏡検査を予定されている方は、以下の説明をお読みいただき、下段の同意書にご記入の上、**検査当日受付に提出**してください。

胃内視鏡検査は、食道・胃・十二指腸に腫瘍や炎症性疾患等がないかを直接内視鏡で観察する検査です。

胃内の観察中に病変が見つかった場合などには、医師の判断により病理組織検査（生検）を実施することがあります。この場合保険診療扱いで別途料金がかかりますが今回受診される検査料金は、すべて紹介された医療機関でのお支払いとなりますので当センター受付でのお支払いはございません。

また、前処置としてキシロカインという表面麻酔剤を使用し、のどの麻酔をおこない細心の注意を払いながら検査を行います。次のような合併症がごくまれに報告されています。異常を感じた場合には遠慮せずお早めにお申し出ください。

- 合併症
- 1 前処置の薬剤による副作用（ショック、アレルギー等）
 - 2 内視鏡による粘膜障害や裂傷
 - 3 生検後の出血
 - 4 急性胃炎等
 - 5 穿孔（消化管に孔があく）

- 検査前日
- * 夜8時までに食事をすませ、以後は何も食べないでください。ただし、お水・緑茶類は構いません。
 - * アルコール類は胃を刺激します。前夜は飲まないでください。

- 検査当日
- * **朝6時ごろ、白湯（さゆ）を300cc位お飲みください。**これは胃の中をきれいにするためです。他の飲食はしないでください
 - * たばこも吸わないでください。
 - * 検査は時間指定で予約をお取りしておりますが、検査の都合上時間が多少前後することがございます。ご了承ください。
 - * 胃内視鏡検査時の前投薬（ブスコパン）はありません。
 - * 『**おくすり手帳**』をご持参ください。

同 意 書

松本市医師会検査健診センター
代表 花岡 徹 殿

上記胃内視鏡検査について理解いたしましたので、検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

氏 名

