

大腸内視鏡検査の予約票、説明書及び同意書

氏名 様

検査日時 年 月 日 () 時 分 (ご記入下さい)

※ 検査前日の下剤のお渡し、問診などがありますので、
検査一週間程前の事前診察(10分程)も合わせてご予約下さい。保険証をご持参下さい
※ 当日は朝食抜きになります。午前9時に来院、下剤を飲んで頂き、腸洗浄ができた方
からの順番になりますので、検査は昼頃開始となります。

<前日>

- 大腸内視鏡検査を行うには大腸の中を空にする必要があります。前日朝から(うどん・お粥・パン)等柔らかく消化の良い低繊維・低脂肪の食事を摂って下さい。
- <食べていけないもの> そば、ラーメン、きのこ類、海藻類、皮や種のある食べ物(トマト、イチゴ等)食物繊維の多い食べ物(ごぼう、さつまいも等の根菜類、ねぎ、山菜、ごま、ピーナッツ等の豆類、たけのこ、こんにゃく等)
- 前日の夕食は午後6時に「お粥のみ」をお召し上がり下さい。その後は水分のみ(ポカリスエット・ウーロン茶等、牛乳を除く)にして下さい。
- 就寝前の下剤(市販薬もしくは処方された薬)がある方は、コップ一杯以上の水と一緒に内服して下さい。検査当日朝排便できるように数日前から市販薬を服用されるか、必要な方には郵送、処方することもできますのでご連絡ください。
- 特に、日頃便秘をしがちな方は、検査の2~3日前から上記の食事の調整を計ること、下剤を服用することをお勧めいたします。

<当日>

- 朝食は取らないで下さい。血圧の薬は服用されて下さい。
- 指輪やイヤリング・ネックレス等の貴金属、服飾品は着用されないようにお願いします。
- 午前9時より、クリニックにて1~2リットルの整腸剤を飲んでいただき、腸の中がきれいになった方から順番に検査を受けていただきます。普段より便秘症などの問題なく、当日の下剤の服用をご自宅でご希望される方は郵送致しますのでご連絡下さい。ご自宅で下剤を服用中に気分の悪くなった方や、排便の少ない方は早めに当院にいらして下さい。
- 検査前に検査着に着替えていただきます。検査時間は個人差がありますが、約10分前後です。
- 腸洗浄の具合や順番により終了時刻が変わりますので、御了承ください。
- 当院では、より楽に検査を受けられるよう、鎮静剤などを使用し眠っている間に検査することができます。その場合、検査後終日、自動車・バイク・自転車等の運転は控えて頂いております。

<検査後>

- 検査のみで終了された方は昼・夕食から通常通りのお食事をお取り下さい。
- ポリープ切除術をされた方は、検査後2~3日は消化の良いものを摂取し、入浴を避けシャワー程度にして下さい。また、検査後1週間はアルコール摂取、運動、力仕事、重労働、旅行は避けて下さい。

大腸(もしくは胃・大腸同時)内視鏡検査・治療 問診および同意書

ID 氏名 性別 年齢 才

<最近(2~3年)のお体の具合について>

- 1) 心臓が悪いと言われたことがありますか? (はい・いいえ)
- 2) 眼科で緑内障といわれた事がありますか? (はい・いいえ)
- 3) 麻酔薬で気分が悪くなった事がありますか? (はい・いいえ)
- 4) アレルギー体質ですか? (はい・いいえ)
(はい)とお答えの方 何に対して ()
- 5) 卵・大豆アレルギーはありますか。 (はい・いいえ)

<今までにかかった病気について>

- 1) 肝臓の病気になったことがありますか? (はい・いいえ)
(はい)とお答えの方 (A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・他 ())
- 2) 腹部の手術を受けた事がありますか? (はい・いいえ)
年頃 病名
- 3) 現在飲んでいるお薬はありますか? (はい・いいえ)

(はい)とお答えの方

抗凝固剤(バイアスピリン・パラルジン・ワーファリン・バファリン 81 など)は当日まで服用されていますか。それとも7日前より中止されていますか。

() 日前より中止している・服用している

その他のお薬の種類 ()

<男性>前立腺肥大と言われた事がありますか? (はい・いいえ)

<女性>現在妊娠されていますか? (はい・いいえ)

(はい)とお答えの方 カ月

検査時、鎮静剤の使用を希望しますか? (希望する・しない)

本日切除可能なポリープがみつかりましたら、内視鏡的切除術を希望されますか。
(希望する・しない)

その他、ご不明な点、困った事等ありましたら下記へ記入下さい。

『

』

不測の事態、合併症が起きた場合、施行医及び専門医が最善と思われる処置を行います。

Think Park 消化器クリニック

内視鏡検査同意書

この度別紙のとおり内視鏡検査の必要性和偶発性の可能性についての説明を理解しましたので、検査・処置・治療を受けることに同意します。

検査日 平成 年 月 日

患者 氏名 印

ご本人が署名できない場合は、ご家族または代理人、保証人がご署名下さい。