

①

20251215

年 月 日

香芝生喜病院 胃ろう交換依頼書

(1)TEL

0745-44-8005(直通)

(1)お電話にて検査のご予約を承ります。

(2) ①胃ろう交換依頼書 ②上部消化管内視鏡検査に関する説明書・同意書

③上部内視鏡 検査前問診票 ④胃瘻交換に関する説明書・同意書 をFAXして下さい。

(3)ご予約後、すぐに当院から ⑤受付票 をFAXします。書類①～⑤を患者様へお渡しください。

香芝生喜病院	地域医療連携室	(2)FAX	0745-71-8120(専用)
紹介元医療機関情報(必ずご記入ください。)			交換日 (1) お電話にて予約 月 日 () : ~
名称			交換日当日は 書類①～⑤ を 総合受付へお持ちください。
電話			
FAX			
医師名			

●患者基本情報 (当院に受診歴のある場合、患者IDも記載してください。患者ID:)

フリガナ		性別	生年月日
患者様 氏名	様	男・女	M・T S・H 年 月 日
連絡先	—	—	

病名・交換目的・臨床経過・服用薬剤・既往歴等 (貴院の診療情報提供書等を使用して頂いても結構です。)

※ペグ挿入部の状態(現在のペグサイズで変更ないか、皮膚トラブル等ないか必ずご記入ください。)

●服用薬

抗血栓薬の服用 (有 ・ 無)

※有の場合、朝の薬は8:00までに服用とし、昼の薬は検査後服用として下さい。

※他院で処方されている場合も同様です。

※ワーファリンを服用されている場合(PT-INR :) ←数値を記載してください

PT-INR 3.0以上の場合は原則検査できません。

他院処方の有無(有 ・ 無) 現在服用中のお薬()

●胃ろう情報

実施機関: 最終交換日: 年 月 日

カテーテルの種類 製品名 ()

型名 (バルーン ・ バンパー) (ボタン ・ チューブ)

太さ × 長さ () Fr) × () cm)

※ペグカードをお持ちの場合は、コピーを必ず添付してください。添付 (有 ・ 無)

(注)交換当日、予約票を初診受付に提出頂きますようお願いいたします。

予約受付時間(祝日は除く)

地域医療連携室 : 月～金 9:00～19:00 土 9:00～17:30

0745-44-8005(直通)

上記受付時間以外は医事課で対応し翌日(祝日は除く)、地域医療連携室よりご連絡いたします。

0745-71-3113(代表)

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の説明書

患者氏名

様

生年月日

年 月 日

令和 年 月 日

以下のとおりに説明しました。

医院名

説明者

I. 目的

上部消化管とは食道・胃・十二指腸のことですが、これらの場所にできる病気（炎症・潰瘍・ポリープ・癌・静脈瘤など）の診断と治療を目的に行われる検査です。

II. 検査の方法

検査前に胃の中を観察しやすくするシロップを飲み、のどをゼリー状の麻酔薬で麻酔し胃の動きを抑える注射をします。検査は体の左側を下にして横になりマウスピースをかみ、内視鏡を口から挿入していきます。経鼻内視鏡の場合はどちらかの鼻腔から挿入していきます。のどを通るときに違和感がありますが、徐々に軽減します。その後、内視鏡を挿入していく時に空気を入れて観察しますのでおなかが張ってきます。必要があれば小さな組織を採取（生検）して顕微鏡検査を行い、良性か悪性かを判断します（病理組織検査）が、特に痛みはありません。

検査は約10～15分かかります。

III. 検査前日および当日の注意事項

前日の夜9時以降、固形物は摂らないでください。お水、お茶やスポーツ飲料などは摂取してもかまいません。当日も検査の2時間前までであればコップ一杯程度のお水であれば摂取は可能です。医師に指示された薬剤（血圧や不整脈の薬など心臓の薬など）については検査の2時間前までにコップ一杯のお水で内服していただいて結構です。

尚、検査当日は車、バイク、自転車を運転しての来院はおやめください。また、ご高齢の方はご家族が付き添って頂けるようお願いいたします。

IV. 検査後の注意事項

のどの麻酔が消失するまで（約1時間）飲食は避けてください。1時間後に水を飲んでむせるなどの症状がなければ食事は可能です。尚、検査当日は車などの運転はしないでください。

検査後の食事は、刺激の強いものは避けアルコールも控えてください。

V. 偶発症について

上部消化管内視鏡検査は、熟練した医師により行われるので基本的に安全な検査ですが次のような偶発症が起こることがあります。

- 1) 内視鏡で消化管の表面がこすれてできるかすかな傷からの出血
- 2) 組織を採取(生検)することによる出血
- 3) 検査の前処置の薬剤によるアレルギー(皮疹、血圧低下など)
- 4) 内視鏡挿入時、極めてまれですが出血や穿孔(咽頭、食道、胃、十二指腸に穴があくこと)を起こすことがあります。穿孔を起こすと開胸・開腹手術が必要になることもあります。
- 5) 極めてまれですが治療中の病気(脳梗塞や心臓疾患など)が悪化することがあります。

出血・穿孔など生命にかかわる偶発症に関しては、日本消化器内視鏡学会が調査した全国集計(2003～2007年)によりますとその頻度は0.005% (約2万件の検査で1人)、死亡率は0.00019% (約52万件の検査で1人)でした。検査は、このような偶発症が起こらないよう細心の注意を払って行いますが、万が一、発生したときは外科的な処置を含めた最善の処置を行います。

処置内容につきましては担当医の判断におまかせください。

VI. その他の注意事項

- ・ 緑内障(眼圧が高くなる病気)や心臓病をお持ちの方、男性で前立腺肥大と言われている方、女性で妊娠の可能性のある方や授乳中の方は必ず申し出てください。
- ・ 抗血小板薬や抗凝固剤(血液をサラサラにする薬剤)を服用されている方は、一定期間薬剤を中止しなければ組織を採取する検査(生検)ができません。病気の種類や程度により中止することによる危険性の方が高くなる場合もありますので主治医とよくご相談ください。

中止されなくても観察のみの検査は可能です。

VII. 他の検査法との比較

胃透視(バリウムを用いた胃の検査)では、診断は行えますが組織を採取(生検)する検査やポリープの切除などの治療はできません。

この説明書をよく読まれ、内視鏡検査を受けられることに同意された方は別の同意書にご署名のうえ、ご紹介元医院(クリニック)様職員へご提出ください。また検査当日まで分からぬことや疑問点がございましたら遠慮なく香芝生喜病院 内視鏡室へお問い合わせください。(TEL: 0745-71-3113)

同意書をいただいた後でも同意を撤回することはいつでもできます。

同意されない方も今後の治療方針などにつき主治医とよくご相談ください。

②

上部・下部消化管内視鏡検査に関する説明書・同意書

患者氏名 様
生年月日 年 月 日

今回の消化管内視鏡検査(上部・下部)について

必要性とその内容(別紙検査説明書に記載)、これに伴う危険性について十分な説明を受け理解しました。

また、実施中に緊急処置を行う必要性が生じた場合には、適宜処置することについても合わせて同意します。

以上の説明をしました。

説明日

説明者

印

院内同席者

以上の説明に対して

- 同意します。
- 同意しません。

年 月 日

患者様本人

ご署名 _____

親権者または代理人

ご署名 _____

続柄 _____

上部内視鏡 検査前問診票

氏名 様 検査日時 年 月 日 () :

生年月日 年 月 日

下記の各質問に○でお答えください。

1)	今までに上部内視鏡検査を受けられたことがありますか？ 前回内視鏡検査を受けたのはいつですか？	はい	いいえ
2)	今までに歯科の麻酔で具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
3)	血圧の薬は飲まれていますか？	はい	いいえ
	緑内障（眼圧が高いと言われたことがありますか？）	はい	いいえ
	男性の方へ：前立腺肥大（尿がでにくい、夜間頻尿がある）と言われたことがありますか？	はい	いいえ
	糖尿病はありますか？ 薬品名（ ）	はい	いいえ
4)	女性の方へ：現在妊娠、授乳はされていますか？	はい	いいえ
5)	花粉症はありますか？	はい	いいえ
6)	今回検査時、不安や緊張を和らげる薬（鎮静剤）の注射を希望しますか？ ★希望の際は、当日の検査後から翌日まで車の運転はできません。	はい	いいえ
7)	薬剤アレルギーはありますか？ キシロカイン・ヨード・メントール・抗生物質 その他（ ）	はい	いいえ
8)	下記のご病気がありますか？ 不整脈・狭心症・心筋梗塞・脳梗塞（麻痺の有無） 深部静脈血栓症・ペースメーカー植込み→ME連絡（済・未） 糖尿病（リブレ有・無） 乳癌（右・左） シャント（右・左） 褐色細胞腫 脊柱管狭窄症 パーキンソン病・精神疾患 その他（ ）	はい	いいえ
9)	ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか？ 「はい」とお答えの方はいつ頃除菌されましたか？ 除菌成功・除菌不成功・除菌未確認	はい	いいえ
10)	抗血栓薬・抗凝固薬は飲まれていますか？ ワーファリン・バイアスピリン・プラビックス・プレタール・タケルダ エフィエント・リクシアナ・エリキュース・イグザレルト・エパデール・ オパルモン・ペルサンチン・アンプラーグ・コンプラビン・プラザキサ その他（ ）	はい	いいえ
		備考欄	

問診は以上です。ご協力ありがとうございました。

④

胃瘻交換に関する説明書・同意書

患者氏名

様

生年月日

予定日 年 月 日 午前・午後 :

▼検査(手術)の必要性

- 胃瘻チューブの経年劣化による破損を未然に防ぐため
- 胃瘻チューブの自己抜去、破損のための再挿入

▼検査当日の注意事項

当日の注入は内服薬のみにしてください。

▼当院では交換に内視鏡を使用しながら古いカテーテルを抜去し、その瘻孔に新しいカテーテルを挿入します。この作業に多少の痛みや出血をきたすことがあります。

▼検査(手術)において起こる可能性のある偶発症

胃瘻抜去時や挿入時に瘻孔の破損・チューブの腹腔内逸脱・腹膜炎・出血・腸管損傷などが起こることがあります。開腹術を含めて最善の処置を行いますが、重症化する危険性が伴うこともあります。

▼交換後の注意点

交換後は当日から経管栄養を再開できますが、発熱や腹痛を訴える様子が見られた際は上記の合併症の可能性があります。必ず医療機関に連絡をください。

[その他注意事項]

- 内服されている薬剤によっては交換日数日前からの中止が必要になりますので、必ず主治医に確認をお願いいたします。
- 処置中暴れてしまうなど危険な場合は、四肢の抑制をさせていただくこともあります。

この説明書をよく読まれ、同意された方はご署名のうえご提出ください。分からぬ事や疑問点がございましたら遠慮なくお尋ねください。

また、この検査(手術)を拒否することも、同意を撤回することも認められております。

胃瘻交換について担当医師の説明書を用いて説明をうけ、手術(治療・検査)の必要性、手術(治療・検査)方法、考えられる合併症、危険性、副作用等について十分に理解しましたので、この手術(治療・検査)の実施および関連した医療行為について了解と同意をいたします。緊急処置を行なう必要性が生じた場合には、適宜処置をすることについても合わせて同意します。

患者氏名 様

以上の説明をしました。

説明者 _____ 印
院内同席者 _____

以上の説明に対して

同意します。
 同意しません。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様本人

ご署名 _____

親権者または代理人

ご署名 _____ 続柄 _____