

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
名称			月 日 ()
電話			: ~
FAX			交換日当日は 書類①～⑤ を
医師名			総合受付へお持ちください。

●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	地址	电话	邮编	备注
1. 北京协和医院	北京东城区东单	66556111	100730	综合医院
2. 上海瑞金医院	上海黄浦区瑞金二路	26277111	200025	综合医院
3. 广州中山大学附属医院	广州天河区	87333111	510630	综合医院
4. 四川大学华西医院	成都武侯区	85422111	610041	综合医院
5. 华中科技大学同济医学院附属同济医院	武汉武昌区	85727111	430030	综合医院
6. 中南大学湘雅医院	长沙芙蓉区	84306111	410008	综合医院
7. 复旦大学附属华山医院	上海静安区	26281111	200040	综合医院
8. 浙江大学医学院附属第一医院	杭州上城区	87931111	311101	综合医院
9. 山东大学齐鲁医院	济南经二路	83961111	250012	综合医院
10. 武汉大学人民医院	武汉武昌区	85022111	430061	综合医院
11. 广东省人民医院	广州越秀区	83881111	510080	综合医院
12. 河南省人民医院	郑州金水区	66331111	450003	综合医院
13. 四川省人民医院	成都青羊区	86622111	610015	综合医院
14. 云南省第一人民医院	昆明五华区	35111111	650011	综合医院
15. 贵州省人民医院	贵阳南明区	85822111	550002	综合医院
16. 广西壮族自治区人民医院	南宁青秀区	53222111	530022	综合医院
17. 海南省人民医院	海口美兰区	36622111	571101	综合医院
18. 西藏自治区人民医院	拉萨城关区	83922111	850000	综合医院
19. 新疆维吾尔自治区人民医院	乌鲁木齐沙依巴克区	36222111	830002	综合医院
20. 宁夏回族自治区人民医院	银川兴庆区	96222111	750001	综合医院
21. 内蒙古自治区人民医院	呼和浩特赛罕区	46222111	010000	综合医院
22. 青海省人民医院	西宁城东区	83222111	810000	综合医院
23. 甘肃省人民医院	兰州城关区	86222111	730000	综合医院
24. 陕西省人民医院	西安碑林区	85222111	710000	综合医院
25. 河南省肿瘤医院	郑州金水区	66331111	450003	专科医院
26. 广东省肿瘤医院	广州天河区	87333111	510630	专科医院
27. 上海市肿瘤医院	上海黄浦区	26277111	200025	专科医院
28. 北京市肿瘤医院	北京西城区	66556111	100730	专科医院
29. 四川省肿瘤医院	成都青羊区	86622111	610015	专科医院
30. 广东省中医院	广州天河区	87333111	510630	中医医院
31. 广东省中医院二沙岛分院	广州天河区	87333111	510630	中医医院
32. 广东省中医院大德路总院	广州天河区	87333111	510630	中医医院
33. 广东省中医院芳村分院	广州荔湾区	87333111	510630	中医医院
34. 广东省中医院大学城分院	广州番禺区	87333111	510630	中医医院
35. 广东省中医院增城分院	广州增城区	87333111	510630	中医医院
36. 广东省中医院从化分院	广州从化区	87333111	510630	中医医院
37. 广东省中医院花都分院	广州花都区	87333111	510630	中医医院
38. 广东省中医院南海分院	广州南海区	87333111	510630	中医医院
39. 广东省中医院顺德分院	广州顺德区	87333111	510630	中医医院
40. 广东省中医院佛冈分院	广州佛冈县	87333111	510630	中医医院
41. 广东省中医院英德分院	广州英德市	87333111	510630	中医医院
42. 广东省中医院连平分院	广州连平县	87333111	510630	中医医院
43. 广东省中医院龙门分院	广州龙门县	87333111	510630	中医医院
44. 广东省中医院博罗分院	广州博罗县	87333111	510630	中医医院
45. 广东省中医院增城分院	广州增城区	87333111	510630	中医医院
46. 广东省中医院从化分院	广州从化区	87333111	510630	中医医院
47. 广东省中医院花都分院	广州花都区	87333111	510630	中医医院
48. 广东省中医院南海分院	广州南海区	87333111	510630	中医医院
49. 广东省中医院顺德分院	广州顺德区	87333111	510630	中医医院
50. 广东省中医院佛冈分院	广州佛冈县	87333111	510630	中医医院
51. 广东省中医院英德分院	广州英德市	87333111	510630	中医医院
52. 广东省中医院连平分院	广州连平县	87333111	510630	中医医院
53. 广东省中医院龙门分院	广州龙门县	87333111	510630	中医医院
54. 广东省中医院博罗分院	广州博罗县	87333111	510630	中医医院
55. 广东省中医院增城分院	广州增城区	87333111	510630	中医医院
56. 广东省中医院从化分院	广州从化区	87333111	510630	中医医院
57. 广东省中医院花都分院	广州花都区	87333111	510630	中医医院
58. 广东省中医院南海分院	广州南海区	87333111	510630	中医医院
59. 广东省中医院顺德分院	广州顺德区	87333111	510630	中医医院
60. 广东省中医院佛冈分院	广州佛冈县	87333111	510630	中医医院
61. 广东省中医院英德分院	广州英德市	87333111	510630	中医医院
62. 广东省中医院连平分院	广州连平县	87333111	510630	中医医院
63. 广东省中医院龙门分院	广州龙门县	87333111	510630	中医医院
64. 广东省中医院博罗分院	广州博罗县	87333111	510630	中医医院

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増ってきます。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は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ない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

院内同席者

印

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

ID

検査日時

氏名

様

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？	はい	いいえ
	前回内視鏡検査を受けたのはいつですか？	年 月	
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	いいえ
	「はい」とお答えの方はいつ頃除菌されましたか？ 年 月 除菌成功・除菌不成功・除菌未確認		
10)	抗血栓薬・抗凝固薬は飲まれていますか？	はい	いいえ
	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・アンブラーグ・コンプラビン・プラザキサ その他（ ）	備考欄	

問診は以上です。ご協力ありがとうございました。

患者氏名 様
生年月日

No.1234

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