紹介状（診療情報提供書）

上部消化管内視鏡検査　専用

☐ 通常上部消化管内視鏡検査　　☐ 経鼻上部消化管内視鏡検査

※チェックをお願いします。

フリガナ			生年月日	M・T・S・H　（　　）歳 年　月　日	
患者氏名		男・女			
住所			電話番号	（　　）　－	
病名 （主訴）					
検査目的 及び経過	症状や疑われる疾患、検査に関して当方が留意すべきことがあれば、ご記入ください。				
心疾患	有 ・ 無	前立腺肥大	有 ・ 無	緑内障	有 ・ 無

アスピリン製剤（バファリン・バイアスピリン等）以外の
抗凝固剤(ワーファリン・パナルジン・パラミジン等）2種類以上を内服中ですか。

☐ はい　　☐ いいえ

はい → 「はい」の場合、どちらか1剤を中止可能ですか？

☐ はい → 1剤のみの服用あり　※生検可

☐ いいえ → 2剤以上の服用あり　※生検不可

いいえ → 1剤以下の服用あり　※生検可

紹介年月日 ：　　年　　月　　日

医療機関名 ：

医師名 ：

所在地 ：

電話番号 ：　　（　　）　　FAX番号 ：　　（　　）

※ 検査の予約、検査に関するお問い合わせにつきましては、下記までご連絡をお願い致します。

社会医療法人 ｼﾞｬﾊﾟﾝﾒﾃﾞｨｶﾙｱﾗｲｱﾝｽ 東埼玉総合病院
地域連携課 電話 0480-40-1318（直通）
FAX 0480-40-1795（直通）
受付時間 月～金曜日 9時～17時
土曜日 9時～12時

手術・麻酔・検査・治療　説明書

患者氏名：
ＩＤ：

上部消化管内視鏡検査説明書

上部消化管（食道・胃・十二指腸）について調べるために、内視鏡による検査を行います。

１．検査中に何か異常が疑われる場合には、引き続き精密検査をおこないます。たとえば、内視鏡下に安全な色素などを散布し、病変を明瞭にして診断の助けにすることがあります。

２．良性・悪性などを診断するため、粘膜組織の一部を採取すること（生検）があります。この場合、検査当日は激しい運動および刺激物（アルコール、香辛料など）の摂取を避けてください。
なお、心臓や脳血管などの病気をお持ちで内服治療をされている方はお申し出ください。血液が固まるのを防ぐ薬を服用中の方や血液が固まりにくい病気の方は、出血がとまらなくなる可能性がありますので、原則として生検はおこないません。

３．のどを麻酔して検査を行いますので、検査後約１時間位は飲食ができません。

４．検査が原因で咽頭痛（のどの痛み）や腹痛などが出現する可能性がありますが、通常数日以内に消失します。
検査による重篤な合併症として、出血や穿孔などが発生することがあります。この頻度は、日本全国で検査を受けた方の約0．007％と報告されています。
このような重篤な合併症が発生した場合には、再検査、輸血や手術も考慮した治療を適切にかつ迅速におこないます。
検査が終了したあとで、万一吐血・黒色便・持続する腹痛などがありましたら、病院へご連絡ください。JMA東埼玉総合病院 Tel　0480-40-1311（代表）

５．検査当日の状況により、検査予約時間通りに開始・終了できるとは限らないことをあらかじめご了承ください。

６．同意書がないと検査ができないため、当日、忘れずにご持参ください。

７．同意書を提出した後でも、検査が開始されるまで検査をやめることができます。
検査をやめる場合は、その旨をご連絡ください。
JMA東埼玉総合病院　予約ｺｰﾙｾﾝﾀｰTel．0480-40-1420（対応時間 8:00～17:00）

ご質問があれば、お気軽にお尋ね下さい。

上部消化管（食道・胃・十二指腸）内視鏡検査承諾のための説明事項チェックリスト。
- □ １．異常が疑われた場合の精密検査について。
- □ ２．生検（粘膜組織の一部を採取すること）について。
- □ ３．検査後、１時間は飲食を控えていただくことについて。
- □ ４．検査の合併症と、万一の場合の緊急時連絡先について。
- □ ５．検査予約時間通りにいかない場合もあることについて。

※上部消化管内視鏡検査を受けることに同意される場合は、別紙の「上部消化管内視鏡検査に対する同意書」に署名をご記入ください。なお、この検査を受ける方が未成年の場合は、親権者の署名と捺印をお願いいたします。

上部消化管内視鏡検査に対する同意書

東埼玉総合病院　病院長様

検査日　　年　　月　　日(　　)

上部消化管内について、別紙上部消化管内視鏡検査説明書の内容、目的、必要性、および含まれる危険性、後遺症、合併症、起こりうる副作用について説明しました。

説明医師:　　印

同席者　:　　印　　年　　月　　日

１．上部消化管内視鏡検査とそれに伴う処置、およびその危険性と合併症およびその対処法について説明書の記載事項を読み、また医師からの説明にてその内容を理解し、了承しました。

２．JMA東埼玉総合病院において上部消化管内視鏡検査とそれに伴う処置を受けることに

□　同意します。

□　同意しません。

※上記□に✓をご記入ください。

年　　月　　日

患　者　Ｉ　Ｄ

患者氏名(自署)

未成年者の場合は親権者名＊　　印

(＊患者との続柄　　)

社会医療法人　ｼﾞｬﾊﾟﾝﾒﾃﾞｨｶﾙｱﾗｲｱﾝｽ　　東埼玉総合病院