

胃カメラを受ける方へ

様 検査日： 年 月 日 時 分

<目的>

この検査は、胃の中をカメラで観察する検査です。食道・胃・十二指腸を内視鏡で直接見て、詳しく調べます。胃の中を空にしておく必要があります。

<抗凝固剤を服用されている方へ>

血液が固まらないようにする薬（ワーファリン・パナルジン・バイアスピリン等）を服用されている方は、事前にかかりつけ医の指示を確認ください。

<検査前日までの注意>

- ・ 前日の夕食は軽食とし、21時以降は食べ物・飲み物は口にしないでください。
- ・ 喉が渴いたら、水を少し飲むのは構いません。
- ・ 常用薬は21時までに服用してください。

<検査当日の注意>

- ・ 何も飲んだり食べたりせずにお越しください。
- ・ 常用薬は、朝7時までに200ml以内の水で服用してください。ただし糖尿病薬・胃粘膜保護材を内服中の方は、薬は飲まずにご持参ください。
- ・ インシュリンを使用している方は、打たずにご来院ください。
- ・ ゆったりとした服装でお越しください。
- ・ 鎮静剤を使用する場合がありますので、車・自転車・バイクでのご来院はおやめください。
- ・ 検査のための注射や前処置をさせていただきます。（眼鏡・義歯・口紅ははずしていただきます）

<検査後の注意>

- ・ 喉の麻酔をしているために、喉周辺にしびれ感や違和感があります。
- ・ 水分や食事をとる場合は、検査終了後1時間以上はあけ、少量の水でむせない事を確認したうえでとりください。
- ・ 検査前の注射の影響で、目がかすんだり、口が渴いたり、胸がドキドキしたりすることがありますが1時間ほどで治ります。（症状が強く続く場合はご連絡ください）
- ・ 検査後2～3日は消化の良いものをお召し上がりください。

<その他>

- ・ 検査の進行状況により予定時間どおりにできない場合があります。予めご了承ください。

胃カメラ 問診票

お名前／漢字(ふりがな) _____ 生年月日 年 月 日(満 歳)

※これは上部内視鏡(胃カメラ)を苦痛なく安全に受けていただくためにお尋ねするものです。

- 上部内視鏡検査(胃カメラ)を受けるのは今回初めてですか? いいえ はい
『はい』とお答えの方に。
・ 口からの検査でしたか? 鼻からの検査でしたか?
口から 鼻から 両方
・ その時何か具合の悪いことが起こりましたか?
起こった 起こらなかった ()
- 現在、下記に当てはまるような症状があれば○をつけてください。
胃痛 吐き気 胸焼け 食欲不振 体重減少 その他 ()
- 胃の手術をしたことがありますか? いいえ はい
『はい』と答えられたかたに質問します
いつ頃手術しましたか? (昭和・平成 年 月頃 病名:)
- 過去に胃潰瘍・十二指腸潰瘍にて治療をしたことがありますか? いいえ はい
- 現在胃薬をのんでいますか? いいえ はい(薬の名前)
- キシロカインショックがありますか? いいえ はい
(過去に胃カメラや歯の治療をして気分が悪くなったことはありませんか?)
- 以下の病気のある方は○をつけてください。
緑内障 前立腺肥大症 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 脳出血
糖尿病 脊椎間狭窄症 その他 ()
- 鼻の病気をもっていますか?
鼻茸(鼻ポリープ) 鼻中隔彎曲症 形成手術 鼻花粉 アレルギー性鼻炎
副鼻腔炎 その他 ()
- 次の様な血液をサラサラにする薬を飲んでいらっしゃいますか?
・ワーファリン ・プラザキサ ・イグザレルト ・エリキュース ・リクシアナ
・バファリン ・バイアスピリン ・パナルジン ・プラビックス ・コンプラビン
・エパデール ・ロトリガ ・プレタール ・アンプラーク ・プロサイリン
・ドルナー ・プロレナール ・その他 ()
- 入れ歯をしていませんか? している していない

※ 記入不要

<input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 鎮静あり	<input type="checkbox"/> 入れ歯あり
---	--	-------------------------------	--------------------------------