

# 【胃・大腸】内視鏡予約票



医療法人社団  
志友会

東京ベイサイドクリニック

通常回線 : 047-495-0013

緊急連絡先 : 070-6472-8500

			様	
□内視鏡検査日時は			月	日( )
※来院時間			時	分
・胃カメラ			時	分
・大腸カメラ			時	分
□脳MRI検査日時は			月	日( )
受付			時	分

印

※上記時刻に来院されない場合は、順番が入れ替わる事がございますのでご注意ください。

※医療機器や医師の状況などにより、急遽ご予約の検査が困難になる場合があります。

※検査の取消・変更は、ご希望の日時に添えずお断りした他の患者様へのご迷惑となりますので、スケジュールを調整の上お申込み下さい。

尚、検査の取消・変更をされた場合でも物品のお受取をお願い致します。

※日程変更は1回のみ電話で承りますが、2回目以降は一度ご来院が必要になります。

※土日祝はららぽーと周辺の道路が大変混み合いますので、時間に余裕をもってご来院下さい。

※郵送に関わる費用(切手代・箱代など)は、一律 100 円とさせていただきます。

## 【持ち物】

全員共通：診察券、保険証、お薬手帳、他院検査結果、常備薬（頭痛・吸入器）

予約票(当紙)・問診票・同意書を記載の上ご持参下さい。

大腸カメラがある方：予備の着替え（上下・下着）

脳ドックがある方：MRI 検査予約票、診療情報提供書

## 【服 装】

胃カメラのみ受診の患者様は、ご自身のお洋服で検査を受けて頂きます。

ガードル、腹巻など腹部を圧迫する衣類や、アクセサリ類は身につけないで下さい。

また、十分に注意はいたしておりますが、検査や処置に伴い使用する薬剤や血液が衣類についてしまう可能性も考え、高価な衣類やお洗濯のしづらい衣類でのご来院はご遠慮下さい。

※大腸カメラ受診の患者様は、当院にて検査着にお着替えして頂き検査を受けて頂きます。

お着替えしやすい服装でご来院下さい。

## 【飲水・食事】

※健康診断付きの患者様は、空腹時血糖の測定がありますので

検査10時間前までにお食事を済ませて頂くようお願い致します。

### □胃カメラのみ

検査8時間前までに消化の良いお食事を腹5分目程度にして下さい。

検査3時間前までは飲水可（水・お茶のみ）。それ以降は水を少量のみ摂取可。

### □大腸カメラのみ / □胃と大腸カメラ

検査2～3日前から繊維類を避け腹6分目程度にして下さい。

検査前日の夕食（19時頃）まで。以後絶食、飲水可（水・お茶のみ）。

※センノシド・ピコスルファートナトリウム服用日の食事は消化の良いお食事を腹5分目程度にして下さい。

## 【内服薬について】

血圧や心臓病の薬・精神安定剤などの普段内服されているお薬は、

検査当日の2時間前までの内服をお願い致します。来院時に必ずお薬手帳をご持参下さい。

※胃薬・糖尿病薬は検査当日の内服を中止して下さい。

※血液をサラサラにする薬については、主治医に休薬の確認をお願い致します。

食物繊維の多いもの(野菜・きのこ・豆類・海藻類など)、脂肪分の多いもの、種のある果物などは胃や腸の中に貯留して検査の妨げになることがあります。

検査前のお食事は下図をご参考下さい。

※特に、大腸カメラを受診される方で便秘症の患者様は宿便が残っている可能性がありますのでお食事内容・量の調整をお願い致します。

※大腸カメラ前の下剤服用方法については別紙「センノシド・ピコスルファート服用について」をご参照下さい。

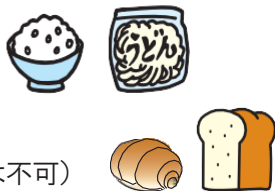
### おすすめの食事

白米 白がゆ

素うどん (ねぎは入れない)

ロールパン メロンパン

食パン (みみは残す, バターは不可)



みそ汁・すまし汁 (豆腐のみ可)

コンソメスープ (具は入れない)



透明な飴 カステラ

シャーベット (乳成分を含まないもの)

ゼリー (寒天を含まないもの)

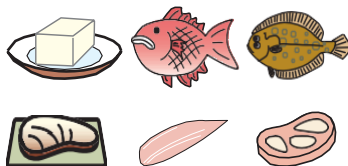


豆腐 (薬味なし)

《脂肪の少ない魚・肉》

鯛 カレイ ヒラメ

鶏ささ身 ひれ肉



お茶 スポーツドリンク

コーヒー・紅茶 実のないジュース

(砂糖は可, ミルク・レモンは不可)



### 避けてほしい食べ物

ほうれん草 白菜 キャベツ

長ねぎ セロリ 玉ねぎ

トマト きゅうり

ごぼう (葉のあるもの)



しいたけ なめこ えのき

きくらげ わらび



わかめ ひじき

のり ところ天



ごま 枝豆

ピーナッツ 小豆 大豆



玄米



みかん キウイ スイカ

レーズン いちご 柿 梨



バター チーズ

ヨーグルト



# 【胃・大腸】内視鏡説明・同意書

## 【無痛内視鏡について】

当院では内視鏡検査に伴う苦痛を無くすために、原則として鎮静薬を注射して検査を行います。検査後に30～60分程の回復・待機時間を要しますので、予めご了承下さい。

当日は注意力や集中力が低下する事があるため、

**自動車・バイク・自転車を自身で運転してのご来院は極力お控え下さい。**

**万が一事故を起こした場合は自己責任となりますので、当院では責任を負いかねます。**

※検査中の画像や動画は内視鏡検査の啓発・教育などを目的に、個人情報保護された形で、書面やウェブ上で公開される場合があります。

## 【目的】

カメラを体腔内に挿入し、内腔から粘膜を観察し、症状の原因や病変の有無を確認し、必要に応じて病理検査や内視鏡手術を行います。

□胃カメラ：口から挿入し、食道・胃・十二指腸を観察、検査は約5～10分で終了します。  
費用：4,500円（3割負担の場合）

□大腸カメラ：肛門から挿入し、直腸から盲腸を観察、検査は約10～15分で終了します。  
費用：6,500円（3割負担の場合）

## 【安全性・偶発症について】

学会集計上、胃カメラ（0.012%）や大腸カメラ（0.069%）の検査中、検査後に偶発症が報告されています。

偶発症には、局所の出血・裂傷・穿孔・欠損の他、持病の悪化・肺炎・腹膜炎などがあります。胃カメラ0.00076%、大腸カメラ0.00088%の頻度で死亡例も報告されていますが、当院では死亡例はありません。鎮静剤を使用するにあたり、薬物アレルギーや呼吸抑制・低酸素血症など起こる可能性があります。予期せぬ偶発症が起こった場合、検査を中止し適宜緊急対応を行います。また針刺しの合併症として、0.0001%の頻度で血腫、気分不快、アレルギー、しびれ・痛みの遷延などが現れることがあります。

特段、医師や看護師の手技上に問題がない場合でも偶発症が発生する場合がありますので、稀に発生する偶発症につき、ご理解下さい。

尚、偶発症にかかる診療費は通常の保険診療となり、患者様が負担するものとなります。

<追加費用の例>

・血算+診察料（初・再診で変動あり） 費用：2,000円～3,000円（3割負担の場合）  
・内視鏡下生検（1ヶ所につき） 費用：4,000円（3割負担の場合）

※生検実施の方は、検査当日は飲酒や刺激物（熱い物、辛い物、硬い物など）は避けて下さい。

※生検希望なしの方は、病変が認められた場合、近日常に再検査が必要になることがあります。

## 【ピロリ菌抗体検査について】

当院では検査前の採血時に、検診として併せてピロリ菌血清診断が可能です。

抗体陽性の方は保険診療で除菌治療が可能となるため、後日再来院をお願いしております。

・ピロリ菌抗体検査 費用：2,500円（自費）  
・ピロリ菌除菌薬 費用：4,500円（3割負担の場合）

※ピロリ菌除菌歴のある患者様は採便検査でのご案内となります。

## 【大腸ポリープの日帰り手術について】

ポリープが発見された際、医師が要切除と判断すれば、その場で日帰り切除が可能です。  
※ポリープの大きさや形状により不可能な場合もあります。

止血を十分確認後に手術を終了しますが、術後1週間は以下の静養が必要となります。

食事制限・緊急受診困難地への旅行禁止・激しい運動や腹圧がかかる作業の禁止・飲酒禁止

説明を受けてから切除するかどうかを決める事も出来ますが、後日再度検査を受けて頂く事になります。万が一、日帰り手術後に出血や炎症などの症状が強くなったときは、再検査や入院が必要となる場合があります。

夜間、休診日などに処置が必要となる場合や、患者様が当院より遠方におられる場合などは、他院と連携して治療が必要となる場合があります、その際の診療費は全て保険診療となり、患者様が負担するものとなります。

内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2cm 未満(1ヶ所)費用：19,500 円(3割負担の場合)  
同手術 (2ヶ所)費用：22,500 円 (3割負担の場合)  
同手術 (3ヶ所)費用：25,500 円 (3割負担の場合)  
後出血が認められた際の処置例 (止血術) 費用：20,000 円前後(3割負担の場合)

※**診療情報提供書**：夜間や休診日に出血や炎症などの症状で緊急受診が必要になった場合、まずは当院緊急連絡先へ電話して頂きますが、実際に他院へ緊急受診する際、今回実施した手術の内容が分かる診療情報提供書を手術した方全員にお渡し致します。

※**食事の制限**：医師の判断により、流動食がセットになっている治療食(5,000～10,000 円)を数日分処方することがあります。治療食が処方された期間中は、治療食以外の食事を摂取しないようお願い致します。治療食終了後も、術後1週間経過するまでの安静期間中は、消化の良いお食事を中心に摂って頂き、患部に負担がかからないようご注意ください。

※当院指定の食事制限が困難な方は、術後出血などのリスクがあり、ポリープ切除術は受けられません。

## 【キャンセル規定】

月 日 ( ) 中にご連絡を頂ければキャンセル料不要です  
検査3日前以降にキャンセルや日時変更をされた場合、物品準備に費用が生じるため、取消・変更料として 5,000 円を頂戴致しますので、予めご了承願います。  
取消・変更される際は、0120-52-5489 へおかけ頂き、当院スタッフへその旨をお伝え下さい。留守番電話となる場合は取消・変更の旨とご予約日・お名前・ご連絡先をメッセージへお願い致します。

## 東京ベイサイドクリニック院長 殿

このたび、内視鏡による検査・治療を依頼するにあたり、その内容・必要性・それに伴う偶発症およびキャンセル規定について理解しましたので、実施に同意致します。

20 年 月 日 (検査日)

患者氏名 (自署)

保護者(未成年者のみ) (自署)

人間ドックの方へ

今回 \_\_\_\_\_ 円のコース  
でのご予約となります。

大腸検査の方はポリープが  
見つかり、切除術を行った  
場合は、健康保険に切替を  
させていただきます。



ふりがな		生年月日		年	月	日	才	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
お名前		様		身長		cm	体重	kg	血液型	
ご職業		住所〒								
自宅 TEL		携帯 TEL								
緊急連絡先：お名前		(続柄		)		TEL				

1. 本日の主な来院方法に○をお願いします。  
車・電車・バス・タクシー・徒歩・自転車・バイク・その他( )
2. なぜ今回検査を受けようと思われたのですか？  
症状がある方はいつ頃からどのような症状がありますか？

いつ頃から：

症状

3. 内視鏡検査のご経験についてご記入下さい。

	胃	大 腸
前回検査	年前に他・当院／初	年前に他・当院／初
前回の苦痛		
結 果		

- 4 内視鏡検査の患者様 ピロリ菌検査歴 (無/有：結果 全て陰性・陽性\_\_\_\_次除菌：成功・失敗・未判)

**ピロリ菌検査**

**希望する ・ 希望しない**

大腸カメラ検査の患者様 ポリプ切除歴 (無/有：\_\_\_\_個、残ポリプ\_\_\_\_個)

**大腸ポリプ切除術**

**その場で切除 ・ 説明を受けたうえで切除 (後日)**

- 5 次の該当する欄に○、しないものに×でお答え下さい。

**既往歴：**

- ( ) 緑内障・眼圧が高いと言われた方
- ( ) 前立腺肥大症
- ( ) 心臓病・不整脈のある方
- ( ) 高血圧・高脂血症・糖尿病
- ( ) 胃薬・その他の服用 薬剤名：\_\_\_\_\_
- ( ) **血液をサラサラにする薬の服用** 薬剤名：\_\_\_\_\_
- ( ) 入れ歯・差し歯の使用
- ( ) 体内金属のある方(ペ-スメ-カ、人工関節など)
- ( ) 授乳中・妊娠中または可能性のある方
- ( ) 以前、麻酔で具合が悪くなった方
- ( ) 腹部の手術を受けたことがある方 詳細：\_\_\_\_\_
- ( ) 喘息・アレルギー(抗生剤・食べ物など) 詳細：\_\_\_\_\_

たばこ (吸わない・吸っていた・吸っている)： 年 本/日)  
アルコール (飲まない・飲む：[量]) mL 日/週)

下剤 \_\_\_\_\_ 日セット内服してからの排便回数 \_\_\_\_\_ 回