

# 【胃・大腸・膀胱】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	
<input type="checkbox"/>	内視鏡検査日時は	月	日( )
※	時	分	に来院して下さい。
・	胃カメラ	時	分
・	大腸カメラ	時	分
※	下剤注入は準備整い次第となります。		
・	膀胱鏡	時	分
<input type="checkbox"/>	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。

## 《飲水・食事》

### □胃カメラのみ

食事：検査 8 時間前（健康診断採血付の方は検査 10 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 / □胃と大腸と膀胱カメラ

食事：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。

＜別紙 P6 図 1. 参照＞

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・シンラック服用日の食事は、消化の良いお食事を腹 5 分目程度にして下さい。

### □膀胱カメラのみ

食事：制限なし

## 《持ち物》

全員共通：診察券、保険証、お薬手帳、当紙（予約票・同意書・問診票）

大腸カメラがある方：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》

ガードル、腹巻など腹部を圧迫する衣類、アクセサリー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、検査に必要な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。

※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。

# 【胃・大腸・膀胱】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。**

※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）

□膀胱鏡：尿道から挿入し、膀胱・尿管口を観察、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）

※上記の金額には、一部保険適応外の鎮静薬代として1検査500～1,000円が含まれております。  
手術時間が延長した際は、別途追加鎮静薬代(1,000～2,000円)がかかる場合があります。

## 【安全性・偶発症について】

学会集計上、胃カメラ0.012%、大腸カメラ0.069%、膀胱鏡は集計データなしですが、各々の検査中と検査後に、何らかの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、薬物アレルギー・持病の悪化・肺炎・腹膜炎などがあります。

また、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。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。

当院では検査前に採血し、血算、凝固系、感染症、必要に応じ炎症反応を確認します。

※下剤を飲まない胃・大腸カメラの方

胃カメラ検査中の所見や状態により、下剤を注入できない場合や排便状況により、不足分の下剤を追加で内服して頂く場合があります。

万が一、偶発症が発生した場合は緊急対応を行い、連携病院と共に最善を尽くします。

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。

・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）

<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） 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、近日中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、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）

## 【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。

スネア（輪状ワイヤー）鉗子または鱗口鉗子を用いてポリープを把持し、病変を切除します。止血を十分確認後に手術を終了しますが、日帰りポリープ切除術後1週間は以下の静養が必要となります。

食事制限・過疎（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未滿（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）

※**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**：流動食がセットになっている治療食（5,000～10,000円）を医師の判断で数日分処方致します。治療食が処方された期間は、治療食以外の食事を摂取しないようお願い致します。治療食の期間が終了しても、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にご注意ください。安静期間中はアルコールや刺激物（熱い物、辛い物、硬い物など）の摂取、体に負担の大きい運動や作業はお控え下さい。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。

## 【回復・待機時間の短縮について】 自費：5,000円

当院では検査に伴う苦痛を無くすために鎮静薬を用いますが、通常検査後に30～60分程の回復・待機時間を要します。この待機時間を鎮静薬の調整で1～5分程度に短縮することが可能で、検査結果の説明は原則早い順番となりますが、個人差により回復・待機時間の短縮が難しい場合もあります。待機時間を短縮されない場合は、当日検査の進捗状況により結果説明まで長時間お待ち頂く場合があります。

## 【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は不要です。

検査3日前以降にキャンセルや日時変更をされた場合は、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。

※検査直前の取消・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、事前にスケジュール調整の上、お申込み下さい。

## 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

患者氏名 (自署)

保護者代理人 (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ри、切除術を行った  
場合は健康保険に切替をさ  
せて頂きます。

海外(国名 )

受診日: H 年 月 日 (ID: )

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
お名前	様	生年月日	年 月 日	才		
ご職業		身長	cm	体重	kg	血液型
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	膀胱
前回検査	年前に他・当院/初	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)

<b>ピロリ菌検査</b>	<b>希望する ・ 希望しない</b>
---------------	---------------------

大腸カメラ検査の患者様 ポリープ切除歴(無/有: 個、残ポリープ 個)

<b>ポリープ切除術</b>	<b>その場で切除 ・ 説明を受けたうえで切除(後日)</b>
----------------	---------------------------------

待機1~5分程度の患者様

<b>待機時間の短縮</b>	<b>希望する ・ 希望しない</b>
----------------	---------------------

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                    | ( ) 出血傾向(血友病など血液が止まりにくい方) |
| ( ) 前立腺肥大症                             | ( ) 高血圧                   |
| ( ) 心臓病、不整脈のある方                        | ( ) 脳血管障害(脳梗塞、脳出血など)      |
| ( ) 糖尿病、痛風                             | ( ) 肝臓病、腎臓病・透析されている方      |
| ( ) メニエール病・めまい症・嘔吐症                    | ( ) 以前、麻酔で具合が悪くなった方       |
| ( ) 入れ歯・差し歯の使用                         | ( ) 授乳中・妊娠中または可能性のある方     |
| ( ) 体内金属のある方(ペースメーカー、人工関節など)           | ( ) 胃薬の内服 薬名: _____       |
| <b>( ) 血液をサラサラにする薬の内服 薬剤名: _____</b>   |                           |
| ( ) その他の内服 薬名: _____                   |                           |
| ( ) 腹部の手術を受けた事がある方 病名・手術名: _____       |                           |
| ( ) 喘息・アレルギー(抗生剤・βシリン・食べ物など) 詳細: _____ |                           |

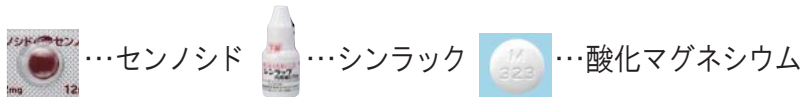
たばこ(吸わない・吸っていた・吸っている): 年 本/日)  
アルコール(飲まない・飲む: [量] mL 日/週)

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



# センノシド（酸化マグネシウム）・シンラック服用について

## 服用のタイミング・量について



※シンラック（ボトルの薬）はコップ1杯（200mL程度）の水に溶かして服用してください。

【服用のタイミング】	69歳以下	70歳以上	授乳中の方
検査前日 (夕食は19時頃まで)	1日1回 夕食後 	1日2回 1回目：13時頃 半量 (75滴)	1日1回 夕食後 
検査2・3日前 (2日セット以上の便秘の方のみ)	1本 (150滴) 	4時間以上あける 2回目：夕食後 半量 (75滴)	1本 

⊗ 1日目服用後、体調不良により2日目の内服が困難な患者様

【1回量】	69歳以下	70歳以上	授乳中の方
食事がとれない			
食事がとれる	半量 (75滴) 	1/4量 (38滴) 	半量 (75滴) 
体調回復	1本 	半量 (75滴) 	1本 

## マグコロールP服用について

検査当日：検査4時間前より		マグコロールP 1800mLを、2時間かけて服用して下さい。 お通じが水様で透明化しましたら、検査可能です。 < P6 図2. 参照 > <b>※下剤注入の方は不要です。</b>
---------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------

※腹痛・下痢の症状の強い方、腹痛があるが排便が出ない方はクリニックまでご連絡下さい。

連絡先：047-495-0013（緊急連絡先：070-6472-8500）

※事前にお渡ししたお薬を指示通りに服用されなかった場合、検査ができないことがあります。

※未使用のお薬のご返品はできません。

## 検査前日の食事について

長い時間、胃や腸の中に貯溜して翌日の検査の妨げになることがありますので、食物繊維の多いもの（野菜、キノコ、豆類、海藻など）、脂肪分の多いもの、小さな種のある果物などを避けて下さい。

図 1.

### 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）

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

図 2.

### どの様な便でしたか？

①



②



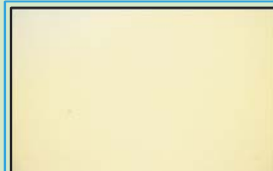
③



④



⑤



マグコロールP

排便回数は（5～8回）  
とともに便の状態は  
①→⑤の様な黄色の  
水様便になります。

⑤の便になれば検査可能です。