

胃内視鏡検査を受けられる方へ

様の検査日

年 月 日

この検査は空になった胃の中にくだ状の内視鏡を口から入れて観察する検査です。注意事項を読み、ご不明な点は気軽にお申し出ください。

【検査前日】

- 夕食まで食事制限はありません。夜9時以降、お茶や水など水分は取っていただいても結構ですが、**絶食**してください。

【検査当日】

- 朝、少量のお茶や水など水分は取っていただいても結構ですが、**検査終了後1時間までは絶食**していただきます。
- 血圧の薬を飲んでいる方は、起床時に服用してください。
- お腹を締め付けるような服装は避けてください。
- 受付を済ませ、内視鏡センターに**10時30分までにお越しください**。

【注意事項】

- 現在薬を飲んでいる方は、**当日お薬手帳をお持ち下さい**。
- 現在ワーファリンを飲んでいる方は、**検査前に採血を行い止血にかかる時間**（出血が自然に止まる時間）に異常がないかを調べさせていただくことがありますので、**予めご了承ください**。
- 検査日の変更やキャンセルは、当日でも結構ですのでお電話ください。

1. 胃カメラを受けられる患者様へ

【検査目的】

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）は、食道・胃・十二指腸の病気（炎症・潰瘍・ポリープ・がんなど）を発見し、適切な治療を考えるために行います。胃カメラは、食道・胃・十二指腸を調べる一番正確な検査です。胃カメラ以外の胃の検査法には、胃の透視検査などのレントゲン検査があります。

【検査の方法】

胃の中汚れを取る水薬を飲んで、のどを局所麻酔するゼリーを 5 分間含んだ後、カメラを口から挿入して消化管を観察します。観察時間は 5 分から 10 分程度です。検査中に何か異常が認められた時、または疑われた場合には、必要に応じて次のようなことが行われます。

- ① 粘膜組織の一部を採取し、細胞や組織の検査を行います（痛みは伴いませんが、**検査後 3 日間の禁酒が必要です**）。
- ② 病変部位に色素を散布し、コントラストをつけることで診断の手助けとします。
- ③ 出血などが認められた場合には、電気の熱で粘膜の表面を焼き、止血処置を行います。

【起こりうる偶発症】

- ① カメラが粘膜をこすり、粘膜を傷つけたりすることによる出血や穿孔（穴があくこと）
- ② 粘膜組織の一部を採取した際の出血
- ③ 使用する薬剤（咽頭麻酔剤など）によるアレルギー、ショック
- ④ 歯の損傷

日本消化器内視鏡学会による全国集計では、上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）に関連する偶発症は 0.005% と報告されています。

上記のような偶発症を避けるべく細心の注意を払いますが、万一生じたときは最善の処置を行います。輸血や開腹手術が必要となる場合があります。やむなく処置（入院、手術を含む）が必要になった場合は、通常の保険診療となります。予めご承知おきください。

【内視鏡の消毒について】

当院では 1 回の検査が終了する度に、カメラを含めた関連機器の消毒・滅菌処理をしておりますので、安心して検査をお受けいただけます。

4. 麻酔使用について

内視鏡検査は、通常意識のある状態で行われます。検査時には個人差はありますが、ある程度の苦痛を伴います。苦痛を強く感じる方に対し、患者様の希望によって静脈麻酔を使用して内視鏡検査を受けることができます。以下の内容を十分ご理解された後、同意いただきますようよろしくお願いいたします。

【麻酔の目的】

内視鏡検査を行う際に、患者様の苦痛を軽減させるために使用します。

【静脈麻酔に伴う偶発症】

- ① 使用する麻酔薬による、アレルギーや検査前にあった基礎疾患の悪化
- ② 血圧低下、呼吸回数の減少、血液中の酸素濃度低下、覚醒遅延（なかなか目が覚めない）、健忘（検査直後の記憶がなくなる）など
- ③ 注射部位の炎症、静脈炎、血管痛
 - 麻酔時の穿刺については最大限の注意を払っていますが、患者様の血管の状態によっては一度の穿刺では血管の確保ができず、何度か穿刺させていただく場合があります
 - 通常穿刺時には針による軽度の痛みがありますが、まれに血管と神経が一緒に走行している場合があります、強い痛みを感じる場合があります。その際には、すぐさま介助者にお伝えください
 - 麻酔薬そのものの特性として、注入時に血管痛を伴う事があります。従って、薬がもれていなくても痛みを感じる場合があります、まれにその痛みが暫く持続することがありますが、時間とともに軽減していきます
 - 麻酔薬を静脈に注入する際には血管外に漏れていないことを確認しながら注入していきませんが、検査中の無意識な体動などにより、血管外に漏れてしまう事があります。その場合症状の程度はさまざまですが、皮膚の腫れ、色素沈着、穿刺周辺の痛み、熱感、しびれなどの症状が1~2週間続くことがあります。多くは自然に治まりますが、まれに痛みが続く場合や麻痺・腫れなどの神経症状が残ってしまう場合があります

日本消化器内視鏡学会による全国集計では、静脈麻酔に関連する偶発症の発生頻度は0.0013%と報告されています。

上記のような偶発症を避けるために、下記の方は麻酔が使用できない場合がありますので、当日内視鏡センターにてご相談ください。

- 大豆・卵アレルギー
- 呼吸器疾患（喘息・肺気腫など）
- 抗てんかん薬服用中
- 心疾患（心不全・狭心症・心筋梗塞・不整脈など）
- 妊娠中及び可能性がある方
- 授乳中（検査後12時間の断乳が必要です）

検査中はモニターで観察しながら細心の注意を払いますが、万一偶発症が生じたときは最善の処置を行います。薬剤投与などが必要になる場合があります。やむなく処置（入院などを含む）が必要になった場合は、通常の保険診療となります。予めご承知おきください。

【麻酔使用にあたっての注意】

静脈麻酔中は、ほとんどの方が検査中であることの自覚がなく、眠っておられる状態になるため、画面を見たり話をしたりすることができません。

麻酔の効果や覚醒時間については個人差があります。検査後の説明を聞いていただいた後でも、眠気やふらつきが残る場合があります。**麻酔薬注射当日は車・バイク・自転車の運転をしないでください。**また、ご家族が付き添ってくださることをお勧めします。静脈麻酔を使用される方で、やむなく車などの運転をしてこられた場合は検査終了後十分な時間を空けていただき、ご自身でも覚醒を確認されたうえご帰宅いただくよう、よろしく願いいたします。

胃カメラ問診表

お名前 ()

胃カメラを安全に受けていただくために以下の質問にお答えください

1. 今まで胃カメラを受けたことがありますか？
(ない ・ ある → 当院 ・ 他院)
2. 歯医者さんの麻酔で気分が悪くなったことがありますか？
(ない ・ ある →)
3. アレルギー体質（食物、薬物、喘息など）はありませんか？
(ない ・ ある →)
4. 脳梗塞 心筋梗塞などで、次のような血液をサラサラにする薬を飲んでいませんか？
ワーファリン、クロピトグレル、バイアスピリン、リクシアナなど
(ない ・ ある → 薬剤 :)
↳ (止めてない ・ () 日前から止めている)
5. ヘリコバクターピロリの検査を受けたことがありますか？
(ない ・ ある → ピロリ菌 (陰性 ・ 陽性))
↳ 除菌 (成功 ・ 失敗)
(不明 ・ してない)
6. 胃カメラをしたときに、もし異常があれば組織検査（胃の粘膜を少しとって顕微鏡で調べる検査）を行いますか？その場合、3日間の禁酒が必要になります（服薬内容や同意を得られない場合は検査ができません）。
(受けたくない ・ 希望する)
7. 胃カメラのとき、軽い麻酔（静脈注射）を使って楽に検査を受けていただく方法があります。ふらつきや眠気が残るため、検査後約1時間休んで帰っていただきます。この麻酔を使いますか？
(受けたくない ・ 希望する)
↳ 体重()kg 、車の運転(してきた ・ しない)

胃内視鏡検査・手術の費用について

＜外来で検査・組織をとられた場合＞

	健康保険・後期高齢者医療制度による自己負担		
	1 割 負 担	2 割 負 担	3 割 負 担
検査のみの場合	約 1,600円	約 3,200円	約 4,800円
検査と組織をとられた場合	約 4,000円	約 8,000円	約 12,000円

＜入院でポリープ切除及び粘膜剥離(ESD)をされた場合＞

	健康保険・後期高齢者医療制度による自己負担		
	1 割 負 担	2 割 負 担	3 割 負 担
ポリープをとられた場合 (2泊3日)	約 18,000円	約 36,000円	約 54,000円
内視鏡的粘膜下層剥離 (ESD) (約 2 週 間)	約 57,600円 (後期高齢者医療 制度による一部 負担金上限あり)	約 57,600円 (高齢受給者医療 制度による一部 負担金上限あり)	約 180,000円

※ **病理の結果により費用が変更になる場合があります。**その場合は、後日に返金・追金のご連絡をさせていただきますのでご了承ください。また、上記の費用は概算になっておりますので、病理の数・点滴・投薬内容などにより異なる場合があります。なお、診察料等も含まれておりません。

※ 当院では、予約なしで胃カメラを受けていただくことが出来ます。(ただし、予約の患者様もおられますので待ち時間が発生します。)

ご希望の患者様は、前日の21時以降絶飲食で朝10時までに総合受付にお越しいただき受付の際に胃カメラを希望されている旨をお伝えください。



同 意 書

1. 胃カメラを受けられる患者様へ
2. 大腸カメラを受けられる患者様へ
3. 大腸ポリープ切除について
4. 麻酔薬使用について

担当医師

私は上記内容について別紙の説明書を読み、十分理解した上で
(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4) を受けることに同意します

令和 年 月 日

住 所

氏 名

保護者名

(未成年の方は保護者の署名もお願いします)