

* 上部内視鏡検査 確認票 *

◆のどの痛み、咳などの風邪症状のある方 → なし ・ あり

*先に医師の診察にお入り下さい。

当てはまるものに○をつけてください

※本日の検査施行医師のご指定があれば問診時に看護師にお伝えください。

(曜日により担当医師は異なります)

1. 本日胃カメラは (鼻カメラ ・ ロカメラ) を希望します。

2. 胃カメラをお受けになられたことはありますか？

(初めて ・ 1回以上 ⇒ 当院 ・ 他医)

他医の方のみお答えください：検査結果 (異常なし ・ 異常あり ・ 覚えてない)

異常ありの方のみお答えください ※ 覚えている範囲で結構です

(逆流性食道炎 ・ 胃潰瘍 ・ 粘膜下腫瘍 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 萎縮性胃炎 ・ 覚えてない)
と言われた

3. 前回胃カメラは (楽だった ・ 普通 ・ 苦しかった → 鎮静剤の注射した ・ しなかった)

4. 検査の際、リラックスして検査をお受けいただくために軽い鎮静剤をしております。

検査後 眼のかすみやふらつき・眠気等が残る場合がございます。

検査終了後、眼の痛み等の症状出現時は、至急眼科受診して下さい。

鎮静剤の注射を希望しますか？

(希望します ・ 希望しません)

5. 検査後、24 時間以内に 車・バイク・自転車 の運転をされますか？

(運転しません ・ 運転します) 運転される場合、注射は出来かねます

(→ 車 ・ バイク ・ 自転車)

6. 当院では、医師が必要と判断した場合、組織検査 (良性や悪性などの詳しい検査) が実施可能です。保険適応となり ご本人様には別途費用が発生いたします。ただし、保険証のない方は自費になります。(希望します ・ 希望しません)

↳ 医師の判断で必要な場合は、後日再度胃カメラを受け組織検査をしていただくことになります。

7. ピロリ菌の検査・治療を受けられたことがありますか？

覚えていない ・ ない → 本日希望します ・ 医師の判断 (保険適応) で検査を希望します

・ 希望しません

(ある → 当院 ・ 他医)

検査 ⇒ 年 月頃 検査方法 (尿 ・ 便 ・ 血液 ・ 組織 ・ 呼気 ・ 不明)

結果 ⇒ 陰性 (いない) ・ 陽性 (いた)

治療⇒ 年 頃除菌薬服用済／結果⇒ 年 頃 (成功 ・ 失敗)

当院ではピロリ菌検査をお受けいただくことが可能です。保険適応と不適応の場合がございますがともにご本人様には別途費用が発生いたします。ピロリ菌がいた場合、除菌薬の処方も可能です。こちらにも別途費用が発生いたします。

胃カメラ後に実施するため、結果説明まで 1 時間程度お時間を要します。

詳しい費用については スタッフにお尋ねください

氏名

2020 年 12 月 22 日改訂