



まつい消化器内科
クリニック

胃カメラ検査 問診票

カルテ No. _____ 氏名 _____ 様

検査日 年 月 日 (曜日) 時 分

- 今まで胃カメラを受けたことはありますか？ はい ・ いいえ
- 現在服用している薬はありますか？ はい ・ いいえ
え
*はいと答えた方は、検査当日お薬手帳など薬の内容のわかるものを必ず持ってきてください。
- 血をサラサラにする薬を飲んでいますか？ はい ・ いいえ
*はいと答えた方：お薬の名前()
- 今まで薬を飲んだ後や注射を打った後に気分がわるくなった事がありますか？ はい ・ いいえ
- 今までピロリ菌の検査や治療を受けたことはありますか？
はい ・ いいえ
- 鼻やのどの病気になったことはありますか？ はい ・ いいえ
- 取り外しができる入れ歯はありますか？ はい ・ いいえ
- 他、気になることや伝えたいことがあれば記入してください。



まつい消化器内科
クリニック

胃カメラ検査 同意書

カルテ No. _____ 氏名 _____ 様

検査日 年 月 日 (曜日) 時 分

【胃カメラについて】

- ・鼻から、または鼻への挿入が難しい場合は口から直接内視鏡を挿入し、食道、胃および十二指腸を観察し潰瘍、ポリープ、がん、炎症などの病気の診断を行います。
- ・検査前日 21 時までにはお食事をお済ませください。検査当日は朝から絶食としてください。
- ・検査中に異常が見つかった場合には、その部位より小さな組織を採取すること（生検）があります。

【偶発症について】

- ・鼻血：頻度は約 2% (50 検査に 1 件) です。多くは圧迫で止血されません。
- ・のどの麻酔に用いるキシロカイン®によるアレルギー（ショックなど）：頻度は 0.0059% (約 17,000 検査に 1 件) です。
- ・内視鏡の挿入時や内視鏡による観察時に生じる出血や穿孔、生検による出血など：その頻度は 0.005% (約 2000 検査に 1 件：ただしこれには内視鏡的治療のものが含まれる) です。

上記の事項について、説明を受け、十分に理解しましたので、検査を受けることに同意します。

年 月 日 氏名
