

東京慈恵会医科大学附属柏病院 FAX予約診療受付用紙

(1枚目)
〈FAX送信状〉

FAX 04-7164-1197 受付 9:00~17:00 月~土 (外来休診日を除く)

受診希望科名 _____ 希望医師氏名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

科 _____ 先生 _____

予約のご希望日がありましたら下記にご記入ください
※空欄の場合は最短日をご案内します

ご来院できない日	ご希望日(2診療日以降)
----------	--------------

送信元	
所在地	
医療機関名	
T E L	
F A X	
医師氏名	

慈恵医大柏病院 受診歴 (有・無・不詳)	診察カード番号 (お持ちの場合)																		
----------------------	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ		性別		生年月日															
患者氏名	[旧姓] 様	男・女		年 月 日															(歳)
住所	〒 _____																		
電話	(自 宅)	—	—	(携 帯)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

主訴又は病名・症状 _____

紹介目的〔 入院 ・ 転医 ・ 精査 ・ 手術 ・ リハビリ ・ その他 〕 _____

来院方法〔 独歩 ・ 車イス ・ ストレッチャー ・ その他 (_____) 〕 _____

貴院に入院中ですか (いいえ ・ はい) → 入院中の場合、DPCでの算定患者ですか (はい ・ いいえ) _____

保険情報				後期高齢者医療 公費情報				公費情報											
保険者				本人	1割	負担者					1割	負担者							
記号				家族	2割	受給者					3割	受給者							
番号					3割														

※保険情報は、保険証の写しでも結構です。

診療科名ご案内						
内科	・総合診療部	・腎臓・高血圧内科	・腫瘍・血液内科	精神神経科	泌尿器科	放射線治療
	・消化器・肝臓内科	・リウマチ・膠原病内科	・循環器内科	小児科	産婦人科	内視鏡部
	・脳神経内科	・糖尿病・代謝・内分泌内科	・呼吸器内科	整形外科	眼科	感染制御部
外科	・外科	・肝胆膵外科	・血管外科	脳神経外科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	
	・上部消化管外科	・呼吸器外科	・小児外科	形成外科	心臓外科	
	・下部消化管外科	・乳腺・内分泌外科		皮膚科	リハビリテーション科	

- 【注意事項】
- ・予約枠に制限があり、ご希望にお応えできない場合がありますので予めご了承ください。
 - ・予約のキャンセル又は変更は、患者支援センターまでご連絡ください。
 - ・診療情報提供書は、必ず患者さんへお渡しください。
 - ・患者さんからの直接のご予約はお受けできません。
 - ・ご不明な点がございましたら、患者支援センターまでお問い合わせください。
- [受付時間 9:00~17:00 月~土 (外来休診日を除く)]

東京慈恵会医科大学附属柏病院
患者支援センター
〒277-8567
千葉県柏市柏下163番地1
TEL 04-7167-9680 (直通)
FAX 04-7164-1197

患者支援センター 付記欄	
予約日	月 _____ 日 (_____)
医師氏名	_____ 初診担当医

食道・胃・十二指腸内視鏡検査に関する説明書

食道・胃・十二指腸内視鏡検査を実施するにあたり、以下の項目をお読みになった後、説明にご納得いただけましたら、同意書にご署名をお願い致します。

1. 食道・胃・十二指腸内視鏡検査の目的・方法についての説明

- *この検査では、食道、胃から十二指腸までの上部消化管を観察します。
- *内視鏡の先端にはビデオカメラが組み込まれており、外に設置されたテレビモニターの画像で観察します。ポリープ、潰瘍、腫瘍などが見つかった場合には、病変の一部を取り、顕微鏡で詳しく調べます。
- *経口内視鏡（鎮静剤あり・なし）と経鼻内視鏡を行っています。精密検査や治療などに経鼻内視鏡を行えない場合もあります。当日はのど、あるいは鼻に麻酔をして検査を行います。静脈麻酔（鎮静剤）を用いた場合は、検査終了後1時間ほど休んでいただきます。麻酔により検査中の記憶が一部無くなる場合があります。麻酔を希望しない場合は事前にお申し出ください。

2. 食道・胃・十二指腸内視鏡検査を実施した場合の偶発症について

内視鏡検査は、一般的に広く行われており、病気（特に癌）の早期発見にとっても有効な検査です。しかし、稀に麻酔・鎮静剤など薬剤によるアレルギー性ショック、出血・穿孔（穴があくこと）顎関節脱臼・歯の損傷・鼻出血などの偶発症を生じることがあります。最近（1998～2002年の5年間）の全国集計では、偶発症の頻度は0.012%（8,300人に1人程度）です。その内、死亡に至る重篤な偶発症が0.00076%（131,600人に1人程度）発生しております。偶発症が生じた場合は最善の処置、治療を行います。このため入院治療、緊急開腹手術などが必要になる場合もありますので、ご承知おきください。

3. 食道・胃・十二指腸内視鏡検査を実施する場合の注意点について

- *偶発症を予防するため、下記の項目に当てはまる方は事前にお申し出ください。
 - (1)これまで歯科治療、局所麻酔などでアレルギー症状の出た方、あるいは気分が悪くなったことのある方（のどの麻酔には局所麻酔剤を使用します。）
 - (2)妊娠中または妊娠の可能性のある方、授乳中の方。
 - (3)現在治療中の病気のある方、また過去に入院、治療歴のある方。
 - (4)抗凝固剤、抗血小板剤（バイアスピリン、パナルジン、ワーファリンなど）を服用している方。
 - (5)治療中または不安定な歯がある方。
- *上記(3)(4)に該当する方は、検査予約時に薬の服用法について、主治医から説明を受け、必ず服用法を守ってください。
- *内視鏡検査の検査中でも、危険と判断した場合には途中で検査を中止することがありますのでご了承ください。

* 静脈注射による麻酔を行うと、検査終了後しばらくの間はふらつき、ねむけ、視力低下、一時的な物忘れなどが現れることがあります。このため検査終了後は30分から1時間ほど、内視鏡室でお休みいただきます。
事故予防のために乗用車・バイク・自転車などをご自分で運転することは1日できません。ご帰宅の際には、公共交通・タクシー・ご家族が運転する乗用車などをご利用ください。
また、検査終了後に重要な判断を要する仕事を行うことは避けてください。ご高齢の方はできる限りご家族とご一緒に来院してください。

4. 食道・胃・十二指腸内視鏡検査を実施しない場合の他の検査法等の選択肢について

胃バリウム造影検査などのレントゲン検査

5. 同意書の撤回について

同意書をいただいた後でも、同意を撤回することはいつでもできます。その場合は主治医とよくご相談ください。

6. 不同意の場合の診療の継続について

食道・胃・十二指腸内視鏡検査を実施することに同意できない場合は、主治医と今後の診療などについて、もう一度よくご相談ください。

7. 緊急時の対応について

食道・胃・十二指腸内視鏡検査を実施中に、予期せぬ事態が発生した場合は、最善の対処を致します。処置内容などについては担当医の判断にお任せください。また、帰宅後に内視鏡検査に関連して当院へ連絡を取りたい際には、下記までお問い合わせください。

東京慈恵会医科大学附属柏病院 電話：04-7164-1111

検査治療を担当している診療科 または 内視鏡部（内線2491、2495）

8. 質問の機会について

説明された内容についてわからないことがある場合は、遠慮なくご質問ください。

同意書をいただいたあとでも、質問することはできます。

9. その他

以上

食道・胃・十二指腸内視鏡検査 に関する同意書

説明実施日： 年 月 日

説明医師： _____ (_____ 科)

同席者： _____

科名
看護空
コード

登録
番号
氏名
生年
性別

発行日
西暦年 月 日

- 1. 食道・胃・十二指腸内視鏡検査の目的・方法についての説明
- 2. 食道・胃・十二指腸内視鏡検査を実施した場合の偶発症について
- 3. 食道・胃・十二指腸内視鏡検査を実施する場合の注意点について
- 4. 食道・胃・十二指腸内視鏡検査を実施しない場合の他の検査法等の選択肢について
- 5. 同意書の撤回について
- 6. 不同意の場合の診療の継続について
- 7. 緊急時の対応について
- 8. 質問の機会について
- 9. その他

私は食道・胃・十二指腸内視鏡検査について、必要性とその内容、これに伴う危険性について十分な説明を受け理解しました。
つきましては、これを実施すること、および実施中に緊急処置を行う必要性が生じた場合には、適宜処置することについても併せて

同意します

同意しません

東京慈恵会医科大学附属柏病院長 殿

年 月 日

患者署名： _____

代諾者署名： _____ (患者との
続柄)

(代諾者の緊急連絡先： _____)

*患者さんが未成年もしくは心身障害や重篤な病状のため、同意能力を欠く場合や署名ができない場合は、代諾者（配偶者または家族、親権者等）が署名をお願いします。

患者関係者署名： _____ (患者との
続柄)

(関係者の緊急連絡先： _____)

*手術又は侵襲を伴う処置・検査などの説明時に、ご家族もしくは関係者が同席した場合は、署名をお願いします。

