

胃瘻交換依頼書(診療情報提供書)

三重中央医療センター 地域連携室 宛

FAX番号 059-259-0771

平成 年 月 日

【紹介元】

施設名 _____	医師名 _____
電話番号 _____	担当者名 _____

【患者基本情報】

フリガナ			
患者氏名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成： 年 月 日 (歳)		

※当院の受診歴があれば、当院ID番号をご記入ください。

当院ID番号

【診療情報提供書】 ※口欄のチェックと、必要事項の記載をお願いします。

依頼内容	胃瘻交換	現在の処方内容
所見		
現在のPEG状況	胃瘻造設または前回交換日： 年 月 日	抗血小板剤又は抗凝固剤の服用 服用している 服用していない →服用している場合 交換日3日前の休薬 可能・不可能
	種類： <input type="checkbox"/> チューブ (Fr) (製品名：) <input type="checkbox"/> ボタン (Fr) (製品名：) <input type="checkbox"/> その他 (Fr) (製品名：) ※当院での造設・交換の場合は省略可	
内容	当院ではボタン式による交換を推奨しているため、チューブ式の場合はボタン式の交換となります。 施設管理上の希望等でチューブ式を継続していただくことも可能です。 【種類に変更がある場合(チューブ式→ボタン式など)】 管理方法の指導を必要とする際は入院、不要の際は外来での交換を選択してください。 【種類に変更がない場合(ボタン式→ボタン式など)】 外来または入院のどちらでも受け付けています。	

【具体的依頼内容】

※外来交換は、月～金:午前の予定でご案内しております。

その他の日程を希望される際は地域連携室へご連絡ください。

ボタン式

チューブ式

外来交換

入院交換

希望日
 第1希望： 年 月 日
 第2希望： 年 月 日

希望なし
 入院希望日： 年 月 日

※日にち調整後、別紙にてご報告致します。

三重中央医療センター 地域連携室 TEL:059-259-1211(代表)

説明文書

上部消化管内視鏡検査

この文書は、患者： 様への上部消化管内視鏡検査について、その目的、内容、危険性などを説明するものです。説明を受けられた後、不明な点がありましたら何でもおたずねください。

1 この検査の目的

この検査は、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(図1)、潰瘍、ポリープ、がん、炎症などの病気の診断を行うことを目的としています。

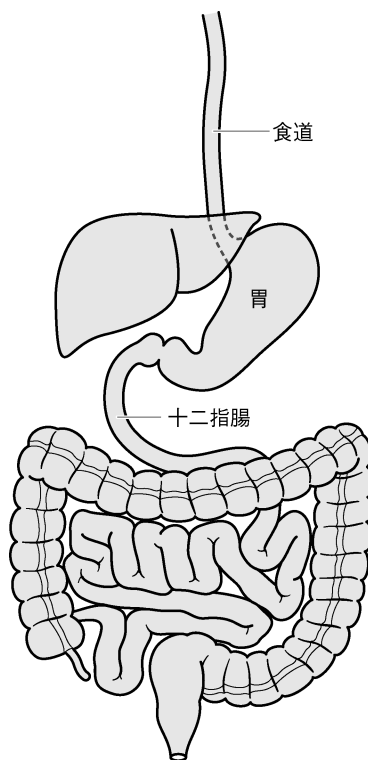


図1 食道、胃、十二指腸の位置

2 検査の内容・性格・注意事項

検査前日は21時以降に食事を摂取しないでください。検査当日の内容と注意事項は以下の通りです。

1) 前処置

- ① のどの麻酔：嘔吐反射を防ぐために、のどにキシロカイン®による麻酔を行います。まれにこの薬によるアレルギー反応(血圧低下や呼吸困難)が起こる場合があります。以

前、内視鏡検査や歯の治療で気分が悪くなったことがあればお申し出ください。

- ② 注射：検査をしやすくするために胃や腸の動きを抑える薬（抗コリン薬）を筋肉注射します。緑内障、前立腺肥大症、心臓病、甲状腺機能亢進症の経験のある方は、薬剤の使用を控えたり、他の薬剤に変更しますのでお申し出ください。

また、検査を楽にするために鎮静剤（静脈注射による麻酔）を使用することがあります。この薬を使用した場合に、眠気、ふらつきが生じることがありますので、薬の使用を希望される場合は、検査当日の乗り物の運転を控えてください。

2) 内視鏡の挿入

内視鏡を口から挿入し、食道、胃、十二指腸に挿入します。内視鏡挿入時にごくまれに、のどや食道、胃、十二指腸を傷つけ、出血や穿孔（胃や腸に孔があく）などが起こることがあります。

3) 内視鏡による食道、胃、十二指腸の観察

内視鏡を通じて空気を送り、食道、胃、十二指腸を膨らませて、隅々まで観察を行います。そのため、検査中は多少お腹が張ります。また、ごくまれに観察中にも食道、胃、十二指腸を傷つけ、出血や穿孔が起こる場合があります。

4) 生検（組織採取）

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場合（生検）があります。これはがんや特別な炎症などの診断には重要な検査です。この場合少量の出血を伴いますが、通常、自然に止まります。しかし、まれに出血が持続したり、大量出血となる場合があります。血液が固まるのを防ぐ薬（ワーファリン[®]、パナルジン[®]、バファリン[®]など）を服用中の方や肝臓疾患・血液疾患がある方などは、その危険が増すため、生検を控えますのでお申し出ください。

3 検査に伴う危険性

（発生頻度は、日本消化器内視鏡学会 1998□ 2002 年の全国調査による）

1) 前処置によるもの

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）、抗コリン薬によるショック、鎮静剤による血圧低下、呼吸抑制などがありますが、頻度は 0.0059%（約 17,000 検査に 1 件）です。

2) 検査自体によるもの

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がありますが、その頻度は、0.012%（約 8,300 検査に 1 件、ただしこれには内視鏡的治療時のものが含まれる）です。

なお、出血がひどい場合には、内視鏡的処置や輸血が必要となることがあります。また、止血が困難な場合や穿孔が生じた場合には手術となることがあります。

4 検査後の注意事項

検査後は、のどの麻酔が効いていますので、約 1 時間は飲食を控えてください。また、特に静脈麻酔を受けられた方は、眠気やふらつきが残りますので、しばらく病院内で休んでいただく必要があります。生検が行われた場合には、帰宅後も再出血することがありますので、

体の違和感、吐血や黒色便などにお気づきの場合には、遠慮なくご連絡ください。

5 代替可能な検査

食道、胃、十二指腸の検査は、上述の内視鏡検査以外に、バリウムなどの造影剤を用いた上部消化管 X 線検査（いわゆる胃透視）があります。しかし、X 線検査では異常を認めた場合に生検（上述）を行うことができません。

*個別の患者の状況に応じ、代替可能な検査についてその内容や利害得失を説明し、それらを記載する。

6 患者様の具体的な希望

7 検査の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても、検査が開始されるまでは、検査をやめることができます。やめる場合にはその旨を下記まで連絡してください。

8 連絡先

本検査について質問がある場合や、検査を受けた後に緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【連絡先】

住所：津市久居明神町 2158-5

病院：三重中央医療センター 消化器科（主治医： ）

電話：059-259-1211

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の間診票

胃カメラを受けられる場合、下記の質問についてお答え下さい。

1. これまでに胃カメラを受けられたことがありますか。
初回・()回目
 2. 今までに胃カメラを受けて気分が悪くなったことがありますか。
はい・いいえ
 3. 歯科などで麻酔を受けて気分がわるくなったことがありますか。
はい・いいえ
 4. 心筋梗塞・狭心症・高血圧・不整脈などと言われたことがありますか。
はい・いいえ
 5. 緑内障や眼圧が高いと言われたことがありますか。
はい・いいえ
 6. 今まで、薬でアレルギー（蕁麻疹や息苦しくなったこと）はありますか。
はい・いいえ
 7. 血液が固まりにくくなるお薬を飲んでいますか。
はい・いいえ
(パナルジン、ワーファリン、ハファリン、プレタル、ハイアスピリンなど) その薬の名前は
()
 8. 現在、治療中の病気・もしくは持病はありますか。
はい・いいえ
その病気の名前は何か。()
 9. 男性の方で、前立腺肥大（尿が出にくい）を言われたことがありますか。
はい・いいえ
 10. 女性の方にお尋ねします。現在、妊娠している可能性はありますか。
はい・いいえ
- また、今回の検査について不安やご質問があればお書き下さい
()

同意書

三重中央医療センター 病院長 殿

私は、上部消化管内視鏡検査を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私は、この検査(治療)を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。

以上のもとで、自由な意思に基づき、この検査(治療)を受けることに同意します。また、緊急・予想外の状況が発生した場合は、最善と考えられる緊急処置を受ける事にも同意いたします。

なお、説明文書とこの同意文書の写しを受け取りました。

- 病名・病態
- 検査(治療)の目的・必要性・有効性
- 検査(治療)の内容と性格および注意事項
- 検査(治療)に伴う危険性とその発生率
- 偶発症発生時の対応
- 代替え可能な検査(治療)およびそれに伴う危険性とその発生率
- 検査(治療)を行わなかった場合に予想される経過
- 患者様の具体的希望
- 検査(治療)の同意撤回
- 連絡先

説明年月日：平成 年 月 日

説明医： ⑩

同意年月日：平成 年 月 日

同意者(本人)： _____ ⑩

(自筆署名、もしくは記名押印)

(代諾者)： _____ ⑩(患者様との関係： _____)

(自筆署名、もしくは記名押印)

* 患者様に判断能力がない場合にのみ、代諾者が自筆署名、もしくは記名押印してください。

* 鎮静剤の使用できる検査の場合(希望する・希望しない)