



下部消化管内視鏡検査 同意書

みはら医院 院長 殿

私は今回の説明内容を十分理解し、内視鏡検査を受けることに同意します。
生検やポリープ切除術の必要については、施行医師の判断に委ね、必要な処置・手術を受けることに同意します。また、医師の判断により、切除等の必要が無い場合があることも理解しました。
なお、医療行為において予測されない事態が生じた場合は、必要な処置をとることを承諾いたします。

年 月 日

患者氏名(自筆) _____

鎮静剤を希望する場合

検査中に鎮静剤の使用を希望します。鎮静剤の副作用については十分理解しました。
使用によって起こる予期せぬ偶発症などについての責任は一切医院にはかけません。
検査後は30分から1時間ほどの安静を保ち、自らの運転では帰宅しません。

年 月 日

患者氏名(自筆) _____

万が一、ポリープ切除術を希望しない場合、下記に理由をご記入ください。

検査2週間前に感染症(かぜ症状、発熱等)の体調不良が生じた場合は、検査日前にその旨のご連絡をお願い致します。



大腸カメラ検査 問診票

今日は自動車、バイク、自転車などを運転して来ましたか？ はい・いいえ

アルコール綿でかぶれたことがありますか？ はい・いいえ

麻酔薬(キシロカイン)で気分が悪くなったことがありますか？ はい・いいえ

心臓が悪いといわれたことがありますか？ はい・いいえ

眼科で緑内障(眼圧が高い)といわれたことがありますか？ はい・いいえ

甲状腺機能亢進症(バセドウ病)ですか？ はい・いいえ

(男性)前立腺肥大症がありますか？ はい・いいえ

(女性)現在妊娠されていますか？ はい・いいえ
現在授乳中ですか？ はい・いいえ

ブスコパン(鎮痙剤)のアレルギーはありますか？ はい・いいえ

糖尿病はありますか？ はい・いいえ
糖尿病治療 内服治療・インシュリン治療
腹部の手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ
年(歳)頃

体内に金属はありますか？ 無・はい(ペースメーカー・人工関節 左右・その他)

現在飲んでいる薬はありますか？ はい・いいえ

血液をサラサラにする薬(抗凝固薬)を飲んでいますか？ はい・いいえ

薬品名: ワーファリン・バイアスピリン・プラビックス・パナルジン・エパデール
オパルモン(リマプロストアルファデクス)・その他()

その他不明な点がありましたら、ご記入ください。
()

20 年 月 日



みはら医院
内科・消化器内科・内臓腫瘍科

みはら医院
スタッフ確認サイン()