スキャン（ 済 ・ 未 ） 紹介状（ 有 ・ 無 ） 確認日 年 月 日

問診票

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	T・S・H・R 年 月 日（ ）歳
住所	〒		
連絡先	自宅 － －	携帯 － －	
緊急連絡先	氏名：	続柄：	－ －

＊マイナ保険証で受付を行い、情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ
（マイナンバーカード）

＊本日は、いつ頃からどのような症状で来院されましたか？

＊今までにかかったことのある病気や手術歴はありますか？ はい ・ いいえ

病名 手術歴

＊現在、他の医療機関に通院していますか？ はい ・ いいえ

治療中の病気 病院名

＊現在、飲んでいるお薬（お薬手帳をお持ちの方は、受付へご提示ください）

なし ・ あり

＊薬や食べ物のアレルギー

なし ・ あり

＊この1年で神戸市の特定健診/高齢者健診を受けられましたか？ はい ・ いいえ

＊趣向

・飲酒：週（ ）日 種類・量（ ）

・喫煙：日（ ）本 □禁煙した（ ）年前

＊女性の方

・現在、 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 該当なし（該当するものに〇をつけてください） （最終月経： 月 日）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

大腸カメラを受けられる方へ

《検査目的》
肛門から内視鏡を挿入して、大腸の病気（がん・ポリープ・炎症など）がないかどうかを調べます。

《検査の内容》

〇生検（組織の一部をつまむ検査）をすることがあります。
〇ポリープがあれば切除することがあります。（結果が出るのに2週間かかります）
　ただし、切除できるポリープの大きさや個数には制限があります。
　またお持ちの病気や、内服されている薬によって切除できない場合もあります。
〇検査時間は20～30 分程度です。
　複数のポリープを切除する場合、時間が長くなることがあります。

《偶発症について》
1. 腸管洗浄液（下剤）により腸閉塞や腸穿孔を起こす可能性があります。
2. ポリープ切除や生検（組織採取）したところから出血することがあります。
3. 下部消化管内視鏡検査に伴う偶発症の発生頻度は、0.011%です。
　出血 1～3%、穿孔 0.1%未満などの報告があり、死亡例は、0.00082%と報告されています

《検査を受ける際の注意点》
1. 精密な検査を行うために、できるだけ大腸の中をきれいにしておく必要があります。
　※前処置が不十分だと検査が出来ないことがあります。
　※来院後も排便状況によっては、追加の下剤内服や浣腸をすることがあります。
2. 検査の開始時に腸の動きを抑える薬を肩から注射することがあります。
3. 血圧や心臓病のお薬は内服してください。
4. 血液をさらさらにするお薬は、休薬の必要はありません。
　また、糖尿病のお薬やインスリンは、低血糖を予防するため当日の休薬が必要です。
5. 鎮静剤をご希望される場合は、検査後から翌朝まで車・バイク・自転車の運転はできません。

◇大腸ポリープを切除した場合

【注意点】

①翌日から日常の家事やデスクワークなどの仕事は行って大丈夫です。
　1週間は、重いものを持ったり、腹部にグッと力のかかるような仕事は避けてください。
　どのような運動も少なからず腹圧がかかりますので、ゴルフや水泳、ジョギング、ウォーキングやラジオ体操、自転車なども控えてください。
　長時間の飛行を伴う出張や旅行は避けてください。
②1週間は消化の良いものを食べてください。
　アルコールは血行が良くなり出血の原因となるため、10日間は飲酒しないでください。
③切除後2～3日間は入浴せずに、シャワー浴で済ませてください。

※切除した翌日は、出血や腹痛が起こっていないかどうかの確認のお電話をさせていただきます。
　翌日以降に出血や腹痛、発熱などがみられた場合はクリニックまでご連絡ください。

※当院では短期滞在手術等基本料1の施設基準を満たしており、基本料を算定しております。

【検査費用の目安】初診料または再診料、処方料は含まれていません

	観察	生検＆病理検査	ポリープ切除
1割負担の方	￥1,500～	￥1,300～	￥8,700～
3割負担の方	￥5,000～	￥4,000～	￥26,000～

※ポリープ切除は、ご加入の生命保険の給付対象となる場合がありますのでご確認ください。

下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ）に関する同意書

今回私は、「下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ）」の目的・方法・偶発症に関し、

別紙の説明を受け、十分理解・納得しましたので、検査を受けることを承諾します。

また、上記の検査の影響で追加処置の必要が生じた際は、必要な処置を受けることに

同意します。

（眠っての検査をご希望の方は、レ点チェックを入れてください）

□鎮静剤を希望します

鎮静剤使用時の説明を受け、十分理解・納得しました。検査後の車・バイク・自転車は運転しません。

R　　年　　月　　日

患者氏名

からと胃腸・内視鏡クリニック