

大腸カメラを受けられる方へ

初診の方や変更がある方は、必要な項目を記入してください。

フリガナ		年齢	性別	電話番号	— —
氏名		才	男 女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒_____				

前日の朝昼夕食は当院で用意する検査用食を食べて、前日夜や当日朝には下剤を服用していただきます。検査時間は20分程度ですが、ポリープ切除を行った場合には更に時間が掛かります。鎮痛剤や鎮静剤の使用を選択できます。鎮静剤の使用やポリープ切除や生検（病理組織検査）の実施によって、検査後の日常生活の制限（運動や飲酒、運転など）があります。検査日はWEBや電話で予約できますが、検査までに対面での同意書の取得が必要となります。

検査実施に必要な項目ですので、下記の質問に教えてください。

① 大腸カメラを受けたい理由はなんですか？ 症状がある（ ） ・ 定期的検査 ・ 健診異常
② 今までに大腸カメラを受けたことはありますか？ ない ・ ある → 最後に受けられたのはいつですか？（約____年前）・ 覚えていない → 何か異常を指摘されましたか？ ない ・ ある（ ）
③ 鎮痛剤の使用は希望しますか？ はい ・ いいえ ・ わからない
④ 鎮静剤の使用は希望しますか？ はい ・ いいえ ・ わからない → 使用した場合には、検査後に少し休んでから帰っていただきます。
⑤ ポリープ等を発見した場合には切除を希望しますか？ いいえ ・ はい → 治療後数日間は、運動や飲酒により出血する危険が高まるため控えてください。
⑥ 現在、治療中や経過観察中の病気はありますか？ ない ・ 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 高尿酸血症 ・ 肥満 ・ 肺気腫 ・ 気管支喘息 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 心血管疾患 ・ 慢性肝疾患 ・ 肝硬変 ・ 慢性腎臓病 ・ 前立腺肥大症 緑内障 ・ 悪性腫瘍（ ） ・ その他（ ）
⑦ 常用している薬やサプリメントはありますか？ ない ・ ある（ ）
⑧ 入院や手術歴はありますか？ ない ・ ある（ ）

⑨ 薬や食べ物などでアレルギーはありますか？

ない ・ ある ()

⑩ アルコールでのかぶれ等、アレルギーはありますか？

ない ・ ある ()

⑪ 歯科治療の際に、麻酔（キシロカイン）を使用して気分不快等の副作用はありましたか？

治療歴がない ・ 副作用がなかった ・ 副作用があった ()

⑫ 当院では感染対策として、B・C型肝炎や梅毒の有無を血液検査で確認しています。3年前までに、当院や健診において確認したことはありますか？

ない ・ ある

以前に、公費で肝炎ウイルス検査を受けたことはありますか？

ない ・ ある

→ない場合は、感染症の有無を採血で確認させていただきます。

⑬ らだん、飲酒や喫煙はしていますか？

飲酒 → ない ・ 以前に ・ ある

喫煙 → ない ・ 以前に ・ ある

⑭何かご希望やご質問がありましたら記入してください。

[]

⑮当院では感染対策として、検査当日まで健康観察をお願いします。下記用紙をお渡ししますので、記入を宜しくをお願いします。

新型コロナウイルス感染症 内視鏡検査前症状日誌

患者様へ

内視鏡検査の当日まで以下の症状日誌に記入して検査当日に持参して下さい 日付(月/日)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
1 今朝の体温	度	度	度	度	度	度	度
2 喉の痛みや咳はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
3 疲労感やだるさがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
4 味や臭いに異常がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
5 下痢など、おなかの具合が悪いですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
6 その他何か変わったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
7 感染者と接触した可能性ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

その他気になることがありましたらお書きください。

お名前 _____

ご記入ありがとうございました。検査までの流れや同意内容に関しては別紙も参照してください。

—大腸カメラの説明・同意書—

[目的]

内視鏡を用いて大腸や肛門を観察し、大腸炎や大腸潰瘍、ポリープや悪性腫瘍、痔などの治療が必要な病気がないか調べます。

[前処置や検査方法]

- ① 数日前から消化に良いものを、前日は当院で用意した検査食を食べてください。前日の就寝前に下剤（ラキソベロン）をコップ1杯（180ml程度）の水分で服用してください。
- ② 当日朝8時から下剤（モビプレップ、飲み方については別紙を参照）を服用して、無色から黄色透明な水様便になりましたら当院に連絡してください。飲み終えてから来院していただくまで約1~2時間程度あり、その間はしっかりと水分（水やお茶）摂取をしてください。
- ③ 希望する場合には検査前に鎮痛薬や鎮静剤を投与してから、内視鏡スコープを肛門から盲腸まで挿入します。その後、空気で腸管を広げながら大腸や肛門を観察します。検査時間は20分程度です。ただし、疼痛や癒着などにより観察範囲が限られてしまう場合があります。
- ④ 必要があれば粘膜生検やポリープ切除を行い、病理組織により確定診断を付けます。
- ⑤ 検査終了後に、必要な状況であれば鎮痛剤や鎮痛剤の拮抗薬を投与します。

[偶発症]

- ① 前処置による嘔吐・誤嚥や腸閉塞
- ② 鎮痛薬やその拮抗薬による副作用（血圧低下、呼吸抑制、静脈炎、肺水腫など）
- ③ 内視鏡による粘膜損傷（出血や穿孔）や生検後の出血

検査に伴う偶発症を発生する危険性があります。日本消化器内視鏡学会での報告は、全体の発生頻度は0.01%程度です。

[事前検査]

感染症（B型・C型肝炎、梅毒）の有無を採血で確認します。

[注意事項]

- 前日21時以降は絶食ですが、飲水（水やお茶など）の制限はありません。
- 常用薬は前日就寝前まではいつも通り内服してください。また、当日朝分は朝6時までに内服してください。
- 抗凝固薬や抗血小板作用薬、糖尿病薬などを服用している方は、指示通りの内服や休薬方法を守ってください。
- 検査や検査で用いた薬剤により一時的に体調に負担が生じる可能性があり、検査当日は車やバイク、自転車での来院は控えてください。
- 生検した当日の運動や飲酒は控えてください。

[大腸カメラ同意書]

私は、目的や方法・偶発症の説明を受けて理解した上で、検査を受けることに同意します。

_____年____月____日

患者氏名： _____ 緊急連絡先：（続柄 _____） _____ - _____

—大腸カメラ [__月__日(__)] のスケジュール—

前日

21:00

前日は当院で準備した検査食（ダルムスペースファイン、3食分）を食べ、夕食は 21 時まで済ませてください。
足りない場合は、パンフレット「事前準備のお願い」を参照してください。



21 時以降は絶食ですが、飲水（水やお茶）の制限はありません。

中止薬 → なし・あり



下剤（ラキソベロン全量 10ml）をコップ約 180ml 水と共に服用してください。



—:

06:00

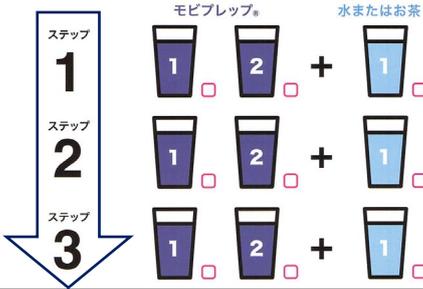
朝分の内服薬は 6 時まで服用してください。

排便がなく、吐き気や嘔吐・腹痛があれば、服用をやめて当院に連絡してください。

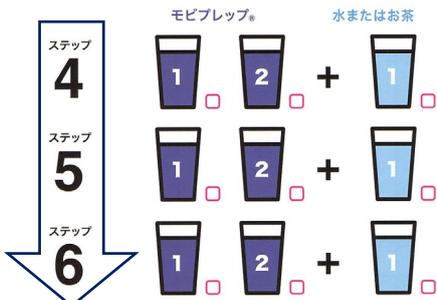
08:00

下剤の服用を開始します。

モビプレップ 配合内用剤 服用のしかた
便がほぼ透明になるまで、モビプレップ®をゆっくりと時間をかけてお飲みください。（目安はコップ1杯（約180mL）あたり、10～15分）



排便あり、吐き気や腹痛など無し。



固形
↓
泥状
↓
カス
↓
透明

当日

来院までの自宅待機中は、水分（お水やお茶）をしっかり取ってください。



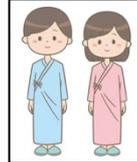
便がきれいになったら、当院に連絡してください。来院時間をお伝えします。



来院（予定）



血圧測定し、点滴や採血をします。検査直前に鎮痛薬や鎮静薬の投与をします。



来院後、お尻に穴が空いている検査着に着替えます。

検査（予定）



肛門から内視鏡スコープを挿入し、空気です腸管を広げながら観察します。検査中に何かありましたら無理せず仰ってください。



診察室で検査画像をお見せしながら説明します。生検・切除した場合は、後日病理組織の結果を説明します。

会計・帰宅（予定）

—:

—:

—:

大腸カメラ検査を受けられた方へ

お疲れ様でした。

以下の注意事項がございますのでお守りください。

- ① 検査前の食事制限や下剤の影響で、脱水気味になっています。いつもより多めに水分をとってください。
- ② 検査中、大腸の中を観察するため空気を入れました。そのため、検査後はお腹の張りが強く、お腹が痛むこともあります。大腸へ送り込んだ空気は、徐々にオナラとして排出され、お腹の張りも徐々に和らいできます。
- ③ 食事は、消化の良いものから少しずつとり、具合が悪くならないことを確認しながら、ゆっくり食べてください。お腹が張っている場合は、オナラが出て張りがひいてから食事をとってください。

色素を使った粘膜観察を行っています。

青い色素を使っているため、便や尿に色が付くことがありますが、ご心配いりません。

粘膜組織の採取（生検）を行いました。

ポリープ切除を行いました。

- 出血を予防するために、アルコールや刺激のあるもの、油分の多いものは避けて、消化のよいお食事を食べてください。運動もお控えください。
- 生検は翌日から、ポリープ切除は5日後から、普段通りの食事や運動をして大丈夫です。
- 入浴は、いつも通り可能ですが、長風呂は控えてください。

【検査結果について】

結果が出るまで2週間ほどかかります、次回外来で説明いたします。

【中止しているお薬について】

薬品名（ ）は、 _____月 _____日から開始してください。

内視鏡当日までの健康観察をお願いします。

新型コロナウイルス感染症 内視鏡検査前症状日誌

患者様へ

内視鏡検査の当日まで 以下の症状日誌に 記入して検査当日に 持参して下さい 日付(月/日)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
1 今朝の体温	度	度	度	度	度	度	度
2 喉の痛みや咳は ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
3 疲労感やだるさが ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
4 味や臭いに異常が ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
5 下痢など、おなかの 具合が悪いですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
6 その他何か変わった ことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
7 感染者と接触した 可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

その他気になることがありましたらお書きください。

お名前
