

大腸内視鏡検査・治療の予約申込み手順について

① 対象をご確認ください

- ・便潜血陽性の二次精査
- ・大腸ポリープのEMR後定期フォロー

※腹部症状(腹痛、嘔吐下痢、高度便秘)のある患者様については
お手数ですが、当院消化器内科外来へ一度ご紹介ください※



② FAXで予約をお願いします

・下記に「検査依頼書」のFAXをお願いします(適宜、服薬情報の添付もお願いいたします)

・予約受付時間:終日(夜間休日の確認は翌営業日になります)

【連絡先:地域連携室FAX 086-263-2587】

※患者様の状態によっては一度外来への紹介をお願いさせていただく場合もございます※

③ 患者様への処方、用紙のお渡しをお願いします

・患者様へ下記の前処置薬を処方お願いします

- ・ピコスルファート1本分(検査前日昼食後、水100mlに溶解)
- ・センノシド2錠 1回2錠 1日分(検査前日20時ごろ)

・患者様へ下記用紙をお渡しください

- ①大腸内視鏡検査問診票
- ②大腸内視鏡検査について
- ③大腸内視鏡検査を受けられる方へ
- ④大腸内視鏡検査に関する今後の流れについて



④ 予約完了

・当院よりご紹介いただいた医院様へ大腸内視鏡検査の予約票をFAXします

・患者様に予約日に来院いただき、同意書取得後に大腸内視鏡検査を施行します(08:30に1番窓口にお越しください)

※検査についてご相談、ご質問等は086-262-0131(代表)にご気軽にご連絡ください

当院消化器内科医師が対応させていただきます※

※書類は当院ホームページ(HP)よりダウンロード可能です※

【岡山ろうさい病院HP】→【医療関係の方へ】をクリック下さい



岡山ろうさい病院

大腸内視鏡検査依頼書

西暦 年 月 日

送信先 FAX 番号：086-263-2587

<依頼医療機関>

受付時間：終日（夜間休日の場合、確認は翌営業日
になります）

住所：

独立行政法人労働者健康安全機構

名称：

岡山ろうさい病院 地域連携室

医師氏名：

〒702-8055 岡山県岡山市南区築港緑町 1-10-25

TEL：

FAX：

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|---|----|-------|-------|----|---|---|---|
| フリガナ | | | | 住所：〒 | — | | | | |
| 患者氏名 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | (満 歳) | 性別 | 男 | ・ | 女 |
| 当院受診歴 | | | | 電話番号： | | | | | |
| 保険者番号 | | | 公費 | 負担者番号 | | | | | |
| 記号・番号 | | | | 受給者番号 | | | | | |
| 検査目的 ※該当するものに 丸をつけてください※ | (腹部症状：腹痛、肉眼的血便、極度の便秘がないことをご確認ください) <input type="checkbox"/> 便潜血陽性の二次精査 <input type="checkbox"/> ポリプ切除後のフォロー ※有症状、上記以外の目的の場合は当科外来へ一度ご紹介ください※ | | | | | | | | |
| 抗血栓薬の有無 | <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名：) ※バイアスピリンの単剤内服を除き、抗血栓薬を内服されている方については 原則として当日は観察のみとなります※ <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | |
| その他の内服薬 | <input type="checkbox"/> 有 ※有りの場合は診療情報提供書に薬剤情報の添付をお願いいたします※ <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | |
| 基礎疾患の有無 | <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 腹部手術歴 () | | | | | | | | |
| ADL | <input type="checkbox"/> 杖や歩行器などの補助なしに自宅のトイレまで問題なく行くことができる ※歩行が不安定な場合は入院での検査を検討しますので当科外来へ一度ご紹介ください※ | | | | | | | | |
| 鎮静希望の有無 | <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、検査当日は内視鏡検査開始～帰宅まで付添の方が必須です※ <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | |
| 検査で指摘された ポリプ切除 希望の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※バイアスピリンの単剤内服を除き、抗血栓薬内服中でポリプ切除を希望される場 合には、当科外来へ一度ご紹介ください※ | | | | | | | | |
| アレルギー歴 | <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | |
| 検査希望日 | 第一希望日 () 第二希望日 () | | | | | | | | |

※大腸内視鏡検査は午前8時半に当院に来院いただくようご指示お願いいたします

大腸内視鏡検査 問診票

氏名

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳

※今回の検査予約は「無症状」の便潜血陽性・大腸ポリープフォローを目的とした、ADLが自立している方を対象としています※

※歩行が不安定な方、腹部症状（腹痛、排便困難など）がある方は当日診察で検査を延期とさせていただく場合があります※

- 1 今回、大腸カメラ検査は何回目ですか [回目くらい]
・ 前回の検査はいつ頃でしたか [年 月 頃 / 年前頃]
・ 検査時に癒着があると言われたり、痛みが強かったりしましたか [はい・いいえ]
・ ポリープを切除したことがありますか [はい・いいえ]

- 2 今までかかったことのある病気を○で囲ってください。
・ 心臓病(狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症、心臓手術、ペースメーカー留置など)
・ 糖尿病 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ 腎臓病(人工透析) ・ がん(部位:)
・ 上記以外の病気()

- 3 腹部(婦人科含む)の手術を受けたことはありますか。 [はい・いいえ]

(「はい」の方は内容をご記入ください：12才 虫垂炎、65才 胃癌など)

- 4 普段、常用しているお薬はありますか [はい・いいえ]

(「はい」の方は内服されている薬剤をご記入いただくか、当日お薬手帳をお渡しくください)

- 5 歯の治療等の麻酔で気分が悪くなったことがありますか [はい・いいえ]

- 6 食物・薬剤のアレルギーはありますか [はい・いいえ]

(「はい」の方は内容をご記入ください)

- 7 検査時に鎮静剤(麻酔薬)の使用を希望しますか [はい・いいえ]

※鎮静薬を使用する場合は当日付添の方が必須です。

※鎮静薬の使用後は当日の車、自転車の運転は帰宅後も出来ません

- 8 切除可能なポリープがあれば切除を希望しますか [はい・いいえ]

※バイアスピリン単独内服を除き、抗血栓薬内服中の方は原則として観察のみとなります※

※ポリープ切除後、1週間は旅行やスポーツ、飲酒は出来ません。

- 9 出血リスクの高いポリープを切除した際の入院は可能ですか [はい・いいえ]

- 10 入院となる際の希望される部屋のタイプを下記からお選びください

① 大部屋(4人部屋：無料) ② 大部屋(4人部屋：2200円) ③ 個室(6600円)

④ 個室(11000円) ⑤ 個室(16500円)

第一希望： 第二希望：

※空室がない場合はご希望に添えません。ご了承ください。

※有料部屋の場合、1泊2日なら2日分のお部屋代がかかります。

■大腸内視鏡検査について■

1. 検査内容

肛門から内視鏡を挿入し大腸と小腸の一部を調べる検査です。ポリープや癌などの病変を認めた場合、病変の大きさや形などによりますが、安全に切除できる病変であればその場で内視鏡的に切除を行います。また、病変サイズが大きい場合など、当日に処置を行うリスクが高いと判断された場合には、日を改めての治療を提案させていただく場合もあります。切除を行った場合、合併症がなくても数日間入院していただくこともありますので、その際は担当医と相談していただきます。また一部のものを除いて、抗血栓薬の内服中の方に関しては当日は観察のみとさせていただきます。

2. 鎮静・鎮痛薬の使用

検査内容や苦痛の程度によって使用する場合があります。薬剤使用後は転倒転落の危険性があるので、当日の検査開始時から自宅に到着するまでの付添の方が必要になります。その他、検査前にご説明させていただく注意事項を必ず守ってください。

3. 偶発症のリスク

内視鏡操作に伴うものとして、出血や穿孔、不整脈、血圧の上昇・低下、心臓発作などのリスクが挙げられます。

また検査前・検査中の薬剤使用に伴うものとして、呼吸抑制や血圧低下、アレルギー、ショック、眼痛、尿閉、低血糖発作などが挙げられます。下剤の内服に関しても、悪心嘔吐、血圧低下、腸管穿孔のリスクを伴います。

通常は安全に行われる検査・治療ではありますが、内視鏡操作、および薬剤使用に関しては十分に注意した上で行わせていただきます。

また、万が一偶発症が起こった場合にも、緊急手術を含めた迅速かつ適切な対応を全力でさせていただきます。

4. 抗血栓薬（血液を固まりにくくする薬）を内服されている場合

一部のものを除いて、抗血栓薬を内服されている場合、検査当日はポリープや癌などの病変を認めた場合でも、当日に内視鏡的切除をすることができません。その場合には後日改めて抗血栓薬を休薬いただき、内視鏡処置を行わせていただきます。

もし、抗血栓薬を内服されている方で、検査当日にこれらの処置を行うことを希望される場合には、かかりつけ医の主治医から当科外来をご紹介しますようお願いいたします。

文責：岡山ろうさい病院 消化器内科 柘野浩史

大腸内視鏡検査を受けられる方へ

岡山ろうさい病院で大腸内視鏡検査を受けるにあたっての注意事項についてご案内させていただきます。

全体の流れについては別紙の「大腸内視鏡検査に関する今後の流れについて」をご参照ください。

1. 抗血栓薬（血液が固まりにくくする薬）について

上記を内服されている方はかかりつけの医師の指示に従ってください

2. 検査前日の内服について

昼食後にピコスルファートナトリウム 1 本を水 100ml に溶かして内服し、また 20 時頃にセンノシドを 2 錠内服してください

3. 検査当日の食事・内服について

食事は朝絶食です（飲水は可能です）

抗血栓薬はかかりつけの医師の指示に従ってください

糖尿病の薬は中止してください。

その他の薬は朝早めに内服してください

4. 検査当日の来院時間について

検査当日は朝 8 時半ごろに当院 1 階の 1 番窓口で受付後、内視鏡室にお越しください。

5. 検査当日に持ってきていただくもの













- ・ 診察券（初診の方は当日総合受付でお渡しします）
- ・ 診療情報提供書原本
- ・ 検査予約票
- ・ 普段内服中の薬を 1 - 2 日分
- ・ 大腸検査用パンツ（当院売店で 1 枚購入してください）
- ・ 袋（検査着に着替えるため、脱いだ服を入れるための袋です）
- ・ 入院になった際の準備（着替え、洗面用具、タオル、下着、軽食）

6. 麻酔（鎮静薬）を使用される予定の方へ

麻酔を使用される方は、必ず成人以上の付添の方が検査開始時から帰宅まで必要になります。

なお、未成年の方、杖・押し車・車椅子を使用されている方は付添にはなることが出来ませんので予めご了承ください。

大腸内視鏡検査に関する今後の流れについて

| | 検査決定日 | 検査前日 | 検査当日 | |
|-------|--|--|---|---|
| 検査 | |  <ul style="list-style-type: none"> 検査はお昼頃からの予定です 順番がきたら検査着に着替えます (資金書類は外して下さい) | <ul style="list-style-type: none"> 検査室に案内します 検査は30分程度です | |
| 薬剤治療 | <p>抗凝固・血栓薬を内服中の方は医師の指示に従って下さい</p> <p><昼食後></p> <ul style="list-style-type: none"> ピコスルファートナトリウム1本+水 約100mlを内服して下さい  <p><20時頃></p> <ul style="list-style-type: none"> センソシド2錠を内服して下さい  | <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の薬は中止して下さい ※その他の薬は朝早めに内服して下さい ・9時頃より2リットルの腸管洗浄剤を2時間かけて飲みます | <ul style="list-style-type: none"> 静脈麻酔を希望された方は点滴をします  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>入院に必要なもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・着替え ・洗面用具 ・タオル ・下着 ・軽食(入院日、昼食出ません) </div> | |
| 処置 | | <ul style="list-style-type: none"> ・便処置が不十分な場合、浣腸や下剤の追加をします | <ul style="list-style-type: none"> ・出血リスクの高いポリープを切除した場合は入院になります  | |
| 食事 | <p>食事は消化に良いものを召し上がって下さい</p> | <p>朝は絶食です(飲水は可能です)</p>  <p>※水・お茶で水分を摂って下さい</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・消化に良いものを召し上がって下さい ※ 静脈麻酔を使用した方は当日アルコールは控えて下さい  | |
| 清潔 | <p>入浴できます</p>  | | <ul style="list-style-type: none"> ・入浴できます ※ 静脈麻酔を使用した方はシャワー浴にしてください  | |
| 排泄 | | <p>内視鏡室のトイレを使用してください</p> <ul style="list-style-type: none"> ・便の状態を確認します | | |
| 活動安静度 | <p>制限はありません</p> | |  <p>検査後1時間程度休んで頂き、その後家族の方と一緒に帰宅して下さい(静脈麻酔を使用した方)</p> | |
| 説明 | <p>水分はしっかり摂って下さい</p> | <p>* 朝8時30分頃に1階の1番窓口にて受付後 内視鏡室にお越し下さい</p> <p><当日持って来て頂くもの></p> <ul style="list-style-type: none"> ・診察券、検査予約票 ・普段内服中の薬を1~2日分 ・大腸検査用パンツ(売店で1枚購入して下さい) ・袋(脱いだ服を入れる大きさの物、紙袋等) <p>※ 検査はお昼頃からの予定になりますが、便の状態により順番が前後したり、待ち時間が長くなります。</p> <p>* 家族の方は検査開始時までにお越し下さい(静脈麻酔を希望される方)</p> | <div style="border: 2px solid yellow; padding: 5px;"> <p>* 麻酔を使用される方は、必ず成人以上の家族の方の付き添いが必要となります。</p> <p>* 付き添いがいないと検査が始められません。</p> <p>検査が始まる頃から終わるまで2時間程度付き添いが必要になります。</p> <p>※未成年の方、杖、押し車、車いすを使用されている方は付き添いにはなりません。</p> </div> | <ul style="list-style-type: none"> ・医師より検査の結果を説明します。 ・腹痛、血便、気分不良など何か変わったことがある時はご連絡下さい。 <p>岡山労災病院</p> <p><平日> 8:15~17:00 TEL086-262-0214(内視鏡室)</p> <p><夜間・休日> TEL086-262-0131(代表)</p>  |

※この経過表は、検査(治療)のおおよその経過をお知らせするものです。患者様の状態によって予定通りでないこともあります。