

新型コロナウイルス流行中に対応した内視鏡検査予約についてお願い

新型コロナウイルスは上部消化器内視鏡挿入時の被検者の咳込みや嘔吐反射の際に、
コロナウイルスを含む飛沫やエアロゾルが拡散するとされております。

無症候性の新型コロナウイルス感染者の報告も相次いでいます。

現在の新型コロナウイルス感染状況を鑑みて、緊急性のない内視鏡検査は延期をご提案する場合があります。

この際、厚生労働省の通達・関連3学会(日本消化器病学会・日本内視鏡学会・日本消化器がん検診学会)
のガイドラインを参考にいたします。

なお、内視鏡での受診が望ましい方は、検査での感染リスクを軽減できるよう、
検査前に体調管理日誌(直近2週間分)の記載をしていただいております。

受診者の皆さまにはお手数ですが、ご協力の程よろしく願いいたします。

つきましては、下記の項目につきまして別紙にてご記入いただき受診当日ご提出ください。

確認項目

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| ① 朝の体温測定(数値記入) | ④ 嘔吐下痢などの消化器症状 |
| ② 喉の痛みや咳、痰、息苦しさなどの呼吸器症状 | ⑤ 味覚障害(味がおかしい) |
| ③ 強い倦怠感(体のだるさ) | ⑥ 嗅覚障害(匂いがしない、おかしい) |

下記に該当される方は、胃透視(バリウム)検査に変更されることをお勧めいたします。

- ・ 前回の胃検査の結果が、「A判定(異常なし)」または「B判定(心配なし・日常生活に支障なし)」であった方
A判定やB判定ではないが、所見(結果)が「逆流性食道炎」・「胃底腺ポリープ」・「表層性胃炎」のみ
であった方
- ・ 自覚症状(胃痛・胃の不快感・胸やけ・喉のつかえ・吐き気・体重の急激な減少、等)のない方
- ・ 過去に受けたピロリ菌抗体検査の結果が陰性であった方(但し、除菌治療者は除く)

◆**胃部内視鏡を胃透視(バリウム)に変更される場合は事前にご連絡くださいますようお願いいたします。
また、胃透視(バリウム)検査に変更時は、以下の注意事項をご確認ください。**

- ① 腸閉塞(イレウス)・潰瘍性大腸炎・クローン病の既往がある方や1年以内に胃・大腸の手術を
受けられている方は、胃透視(バリウム)検査が行えませんのでお知らせください。
- ② 胃潰瘍・十二指腸潰瘍・潰瘍性大腸炎・クローン病等の胃・大腸のご病気で現在通院中の方は、
胃透視(バリウム)検査を受けても良いかを事前にかかりつけ医に確認してください。
- ③ 受診当日に3日以上便秘が続いている方はバリウムが腸内で固まって腸閉塞を起こしてしまう
危険があります。胃透視(バリウム)検査をご受診いただけないことがありますのでご相談ください。
- ④ 入れ歯をご使用の方は入れ歯安定剤の種類によってはバリウムが付きにくくなり、検査に影響を与え
正確な診断ができない可能性があります。検査当日は入れ歯安定剤の使用をお控えください。
(入れ歯の使用はかまいません。)
- ⑤ 妊娠中または可能性のある方は胃透視(バリウム)検査が受診できません。
- ⑥ 検査機器の重量制限があるため、体重が130kgを超える方は検査をお受けいただくことが出来ません。
【体重制限のある検査:胃透視(バリウム)・胃部内視鏡(カメラ)・MR・CT・骨密度】

胃カメラ(上部消化管内視鏡)検査 問診票②(ドック・検診用)

裏面の注意事項のをお読みいただき、理解・納得された上で胃カメラ(上部消化管内視鏡)検査を受診される方は下記の体調管理日誌・ご署名をご記入ください。

*2週間分の体温等をご記入いただいていない場合は、胃部内視鏡検査をご受診いただくことができません。

*何か症状がございましたら、日程変更をお願いいたします。

*検査を中止・胃バリウム検査に変更ご希望の方は事前にご連絡ください。

体調管理日誌		体温(数値)と症状有無(有は○、無は×)を記入してください。					
	項目	朝の体温(℃)	喉の痛みや咳、痰、息苦しさなど	(強い倦怠感(体のだるさ))	嘔吐下痢などの消化器症状	(味覚障害(味がおかしい))	(嗅覚障害(匂いがしない、おかしい))
日付	月 日	℃					
	月 日	℃					
	月 日	℃					
	月 日	℃					
	月 日	℃					
	月 日	℃					
	月 日	℃					
	月 日	℃					
	月 日	℃					
	月 日	℃					
	月 日	℃					
	月 日	℃					
	月 日	℃					
	月 日	℃					
受診当日	月 日	℃					

その他気になることがありましたらお書きください。

●別紙の注意事項の内容を理解・納得した上で、胃カメラ(上部消化管内視鏡)検査受診することを希望します。

ご署名