

#043

◆◆受付票◆◆



受付日時 : 2026年 1月21日 16時58分

I D : 0000018888

お名前 : テスト

テスト 様

24 歳 男

生年月日 : 平成 13年 05月 15日 生 (2001年 05月 15日 生)

診療科 : 未振り

当日検査 : リハ処方箋(内科)

院内(外来)処方(内科)

08:30 胃・十二指腸ファイバースコピー (経口) (内科)

コメント : 内視鏡検査があります。前日は消化のよいものを摂り、「午後9時以降」は何も食べないでください。当日の朝は食事・飲み物・薬・タバコなど何も口にせず、空腹のまま来院してください。

予約情報 :

受付コメント : なし

処置・検査チェック表			
処置室	健診	検査室	エコー室
☐ 採血 ☐ 点滴・注射 ☐ 検尿 ☐ 処置 ☐ 迅速 ☐ その他 ()	☐ 健診 ☐ 視力 ☐ 聴力 ☐ その他 ()	☐ 心電図 ☐ 心臓心電図 ☐ その他 ()	☐ 腹部 ☐ 心臓 ☐ その他 ()
放射線室	内視鏡室		
☐ 一般撮影 ☐ CT ☐ MRI ☐ 骨塩定量	☐ 胃カメラ ☐ 大腸カメラ	☐ リハビリテーション	

内視鏡予約票

I D : 0000018888

テスト

様

生年月日 : 平成 13年 5月 15日 24歳

男

診療予約日・予約時間

2026/1/21 (水)

08:30

内科

宗像 緩宜

コメント

内視鏡検査があります。前日は消化のよいものを摂り、「午後9時以降」は何も食べないでください。当日の朝は食事・飲み物・薬・タバコなど何も口にせず、空腹のまま来院してください。

お願い：

- ◆病院受付へ予約票と診察券をお出しく下さい。
- ◆検査のある方は、診察の予定時間が遅くなることがあります。
- ◆予約時間は診察の内容・急患対応により遅くなる場合があります。
- ◆急な用事等で予約を変更される時には、平日14時～16時に、
下記連絡先へ連絡をお願いします。

T E L 0827-96-1155

岩国市立美和病院

上部/下部消化管内視鏡検査・内視鏡的治療について

この説明文書は、上記についての目的、内容について説明するものです。
ご不明な点がありましたら、何でもおたずね下さい。

1. あなたの病気について

- ・
- ・

2. 検査治療の目的

病気診断のため、上部/下部の消化管を観察します。必要に応じて組織検査(生検：組織の一部をわずかにとって詳しく調べる検査)を行い、診断に役立てます。外来で安全に切除できると考えられるポリープについては、ご本人様やご家族の希望により切除も検討いたします。

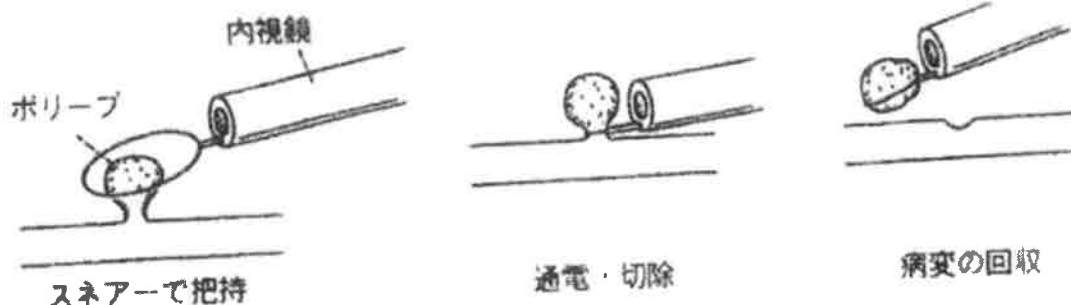
3. 治療の内容と注意事項

<下部消化管内視鏡について>

- 検査前には、消化のよいものを摂るようにしてください(場合により検査食をお出しします)。
- 検査当日は、下剤を飲んでいただき、腸の中を空にして、検査の準備をします。

<ポリープ切除術について>

●腺腫ポリープの大きなものなどは、がん化する可能性もあり、また出血の原因にもなりますので、治療の対象となります。また、一部の早期がんも対象です。方法は下の図のようになります。場合により、病理検査(顕微鏡でがんの細胞がないか調べる)に提出します。焼き切った所には出血防止のためワニ口の形をしたクリップをかけることもあります(クリップは1～2週間で自然に脱落し、便と一緒に排出されます)。



<注意事項>

- 以下のような場合は、内視鏡検査(治療)は行えないか、延期する場合があります。
 - ①重篤な基礎疾患のある場合 心臓・肺・肝臓・腎臓などに基礎疾患・合併症がある場合は難しいことがあります。
 - ②治療中・治療後の安静が守っていただけない可能性のある場合 治療中は、安静にして頂く必要があります。また治療後も短期間ではありますが安静を保って頂く必要があります。これらを守っていただけないような場合は、検査(治療)を断念せざるを得ない場合があります。
必要に応じて、鎮静を行わせていただく場合があります。
 - ③患者様およびご家族のご同意・ご協力が得られない場合
- 心血管系疾患、脳血管性疾患などの治療のために抗血小板薬・抗凝固薬を内服している方では内服中止をすると血栓症を起こす危険性が上昇します。そのため治療による出血の危険性と内服中止をすることによる血栓症発生の危険性を総合的に判断し、抗血小板薬・抗凝固薬の内服を継続するか、中止するかを判断します。

4. 治療に伴う危険性について

次の事がおこれば入院治療が必要になる場合があります。

① 消化管穿孔

ごく稀にカメラ挿入時やポリープ切除後に消化管に孔があいてしまうことがあります。この場合、内視鏡を使って孔をふさぐ治療を試みますが、緊急開腹手術が必要になることもあります。

② 出血

組織検査（生検）やポリープを切除した後などには出血することがあります。抗血栓薬（血液サラサラにする薬）を内服している・していないに関わらず、頻度は0.09%とされています（臓器による差異が多少あります）。出血量が多い場合は内視鏡を使って止血処置を試みますが、ごく稀に輸血や緊急開腹手術が必要となる場合があります。

③ 鎮静に伴う呼吸抑制・循環抑制

ご希望に応じて鎮静剤を使用する場合がありますが、その際に鎮静剤の副作用で呼吸回数の低下や血圧低下などが起こる可能性があります。そのようなことが生じた場合は酸素投与や昇圧剤の投与など適切な対応を行います。

④ その他

予想されることについては以上ですが想定外のことが起こったり、検査中に全身状態が悪化したりする場合がございます。その場合は状況に応じて適切な処置を行います。

5. 遠隔診断支援システムの稼働について

当院では令和3年2月より、第5世代移動通信システム（5G）を用いた遠隔診断支援システムの試験運用を行っています。これは、検査中の内視鏡画像を山口県立総合医療センター（防府市）にリアルタイムで伝送し、それを見た消化器内科専門医等から当院の検査医師が助言などを得られるもので、新たな危険や金銭的負担は発生しません。検査画像の傍受を防ぐため、通信機器には十分な対策が取られています。

6. 併発症発生時の対応

併発症が起きた場合には、その時点で最善と考えられる処置をさせていただきます。

なお、その際の医療も通常の保険診療となります。

7. 治療を行わなかった場合に予測される経過

8. 治療の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても、本治療を開始前であれば中止することが出来ます。

9. 個人情報の取り扱いについて

今後の医療の発展の為の研究、学会等での発表等において、個人を特定できない方法で手術経過等の臨床データを利用させていただくことがあることをご了承ください。

10. 連絡先

質問や、緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【連絡先】

〒740-1225

岩国市美和町波前1383番地1

岩国市立美和病院

電話：0827-96-1155

（代表）

上部/下部消化管内視鏡検査・内視鏡的治療に関する同意書

岩国市立美和病院 院長 殿

私は、消化管内視鏡検査・治療を受けるにあたり、その内容を十分に理解しました。

私はこの治療を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。

1. 病気について
2. 治療の目的
3. 治療の内容と注意事項
4. 治療に伴う危険性
5. 遠隔診断支援システムの稼働について
6. 併発症発生時の対応
7. 治療を行わなかった場合に予測される経過
8. 治療の同意撤回について
9. 個人情報の取り扱いについて
10. 連絡先

以上のもとで、自由な意思に基づき、この治療を受けることに同意します。

説明年月日： 年 月 日

説明医： 宗像 綏宜

(同席者)

同意年月日： 年 月 日

患者氏名：

住所：

同意者[★]氏名： (患者との関係：)

(★同意者とは、患者さんと一緒に説明を受けて治療に同意される、患者以外の家族・知人などを指します)

■患者さんに同意能力がない場合・自著不可能な場合のみ、以下の欄に代理の方が記入してください■

代理人氏名： (患者との関係：)

代理人住所：

*緊急その他、事前の説明が著しく困難なときは、救命を優先し、事後の説明となる場合があります。

訪問看護指示書

訪問看護指示期間 (年 月 日 から 年 月 日) 点滴注射指示期間 (年 月 日 から 年 月 日)

患者氏名	テスト	生年月日	平成 13年 05月 15日 生	24 歳
患者住所	電話			
主たる傷病名	傷病名コード 傷病名コード 傷病名コード			
現在の状況	病状・療養状態			
	投与中の薬剤の用法・容量			
	日常生活自立度	寝たきり度 ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 認知症の状況 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		
	要介護認定の状況	要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		
	褥瘡の深さ	DESIGN分類 ☐ D3 ☐ D4 ☐ D5 NPUAP分類 ☐ III度 ☐ IV度		
装着・使用医療機器等	☐ 1.自動腹膜灌流装置 ☐ 2.透析液供給装置 ☐ 3.酸素療法 (l/min) ☐ 4.吸引器 ☐ 5.中心静脈栄養 ☐ 6.輸液ポンプ ☐ 7.経管栄養 (:チューブサイズ、 日に1回交換) ☐ 8.留置カテーテル (部位: サイズ、 日に1回交換) ☐ 9.人工呼吸器 (:設定) ☐ 10.気管カニューレ (サイズ) ☐ 11.人工肛門 ☐ 12.人工膀胱 ☐ 13.その他 ()			
留意事項及び指示事項				
I 療養生活指導上の留意事項				
II ☐ 1.リハビリテーション [理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護 1日あたり 分を週 回] ☐ 2.褥瘡の処置等 ☐ 3.装置・使用医療機器等の操作援助・管理 ☐ 4.その他				
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)				
緊急時の連絡先 0827-96-1155 不在時の対応法				
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、 <u>定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項</u> があれば記載して下さい。)				
他の訪問看護ステーションへの指示 ☐ 無 ☐ 有 :指定訪問看護ステーション名 殿) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 ☐ 無 ☐ 有 :訪問介護事業所名 殿)				

上記のとおり、指示いたします。

殿

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

岩国市立美和病院
岩国市美和町渋前1383番地1
0827-96-1155
0827-96-1157
宗像 緩宜

日付を選択

印

特別訪問看護指示書

特別看護指示期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ）

患者氏名 テスト	生年月日 平成 13年 05月 15日 生 （ 24 歳）
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項 （注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。） 	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等） 	
緊急時の連絡先等 	

上記のとおり、指示いたします。

令和08年01月21日(水)

医療機関名 岩国市立 美和病院
電話 0827-96-1155
(FAX.) 0827-96-1157
医師氏名 宗像 緩宜

印

事業所

殿

(別紙様式9)

生活習慣病療養計画書初回用

記入日：令和08年01月21日(水)

0000018888患者氏名： 姓 テスト(男)		主病：	
生年月日：平成13年05月15日生(24歳)		☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症	
ねらい：検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること			
検査・問診	【検査項目】 ☐ 身長(168.3 cm)☐ 体重 現在(60.0 kg) → 目標(62.31 kg)☐ BMI(21.18)☐ 腹囲 現在(cm) → 目標(cm)☐ 栄養状態(☐ 低栄養状態の恐れ ☐ 良好 ☐ 肥満)☐ 収縮期/拡張期血圧 現在(/ mmHg) → 目標(/ mmHg)☐ 運動負荷心電図☐ その他	【血液検査項目】(採血日 年 月 日) ☐ 血糖(☐ 空腹時 ☐ 随時 ☐ 食後() 時間) (mg/dl)☐ HbA1c 現在(%) → 目標(%)☐ 総コレステロール(mg/dl)☐ 中性脂肪(mg/dl)☐ HDLコレステロール(mg/dl)☐ LDLコレステロール(mg/dl)☐ その他	
	【問診】☐ 食事の状況☐ 運動の状況☐ たばこ☐ 歯科の受診状況☐ その他の生活 【①達成目標】：患者と相談した目標 [] 【②行動目標】：患者と相談した目標 [] 医師氏名 (印)		
重点を置く領域と指導項目	☐ 食事	☐ 食事の摂取量を適正にする☐ 食塩・調味料を控える ☐ 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす☐ 外食の際の注意事項() ☐ 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす☐ その他() ☐ 節酒：[減らす(種類・量：)]を週()回 ☐ 間食：[減らす(種類・量：)]を週()回 ☐ 食べ方：(☐ ゆっくり食べる ☐ その他()) ☐ 食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	☐ 運動	☐ 運動処方：種類(☐ ウォーキング)、頻度(☐ ほほ毎日 ☐ 週()日) 時間(☐ 30分以上)、強度(☐ 息がはずむが会話が可能な強さ or ☐ 脈拍()拍/分 or) ☐ 日常生活の活動量増加(例：1日1万歩・) ☐ 運動時の注意事項など()	
	☐ たばこ	☐ 非喫煙者である ☐ 禁煙・節煙の有効性☐ 禁煙の実施方法等	
	☐ その他	☐ 仕事☐ 余暇☐ 睡眠の確保(質・量)☐ 減量 ☐ 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) ☐ その他()	
【服薬指導】		☐ 処方なし ☐ 薬の説明	
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			

※実施項目は、☐にチェック、()内には具体的に記入

患者署名

医師氏名 宗像 緩宜 (印)

在宅療養計画書

岩国市美和町渋前1383番地1
岩国市立美和病院
電話： 0827-96-1155
FAX： 0827-96-1157

当院では、以下の計画に基づき、在宅療養のお手伝いをいたします。
なお、症状変化に応じて下記内容は予告なく変更となる場合がありますので、ご了承いただきますようお願いいたします。訪問診療・訪問看護の利用停止を希望される場合には、速やかに連絡をいただきますようよろしくお願いいたします。

説明日	令和 年 月 日	担当医： 宗像 緩宜	
フリガナ	テスト	性別	生年月日
患者氏名	テスト	男	平成 13年 05月 15日 生
現在の状態：			
病状の安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明			
診療の予定（訪問予定頻度・検査予定など）：			
医療処置情報：			
服薬・点滴など：			

(患者との関係:)