

※木曜日不可 9:00 来院

□鎮静・鎮痛使用 □処置室前処置薬服用

ID _____

氏名 _____ (歳)

パス名	全大腸内視鏡検査	指示 医師		検査医	
		外 来 担当者		担 当 看護師	

心疾患:(無・有) 緑内障:(無・有) 前立腺肥大:(無・有) アレルギー:(無・有)
 糖尿病:(無・有) 透析:(無・有) 体内金属(ペースメーカー):(無・有)
 HOT:(無・有) 腹部 OP 歴:(無・有) ストーマ:(無・有) てんかん:(無・有)

月日	月 日	月 日																
経過	検査前日	当日(検査前) 当日(検査後)																
目標	<input type="checkbox"/> 検査に対する心身の準備ができる <input type="checkbox"/> 前処置の必要性が理解でき確実にできる																	
検査	<input type="checkbox"/> 凝固検査 要(予約時間の1時間前に採血)																	
食事	<input type="checkbox"/> 検査食 <input type="checkbox"/> 自宅で消化のよいものを作る 20時以降絶食(透明な水分可)	朝、昼絶食(透明な水分可) <input type="checkbox"/> 検査後、食事可 <input type="checkbox"/> EPT・EMR時は別紙参照																
処置・観察	<input type="checkbox"/> 常用薬の確認																	
	抗凝固薬 (無 ・ 有) 抗血小板薬 (無 ・ 有) () 血糖降下剤 (無 ・ 有) 降圧剤 (無 ・ 有) <input type="checkbox"/> 検査前中止薬 (無 ・ 有) (/)から _____ 中止 (/)から _____ 中止 (/)から _____ 中止	<input type="checkbox"/> 検査開始時 タイムアウト施行 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>開始時</td> <td>検査時□鎮痛・鎮静剤使用時は裏面参照</td> <td>終了時</td> </tr> <tr> <td>BP</td> <td></td> <td rowspan="3"><経過記録></td> <td rowspan="3">腹部症状 無・有</td> </tr> <tr> <td>P</td> <td></td> </tr> <tr> <td>便回数</td> <td></td> </tr> <tr> <td>便スケール</td> <td>1 2 3 4 5</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		開始時	検査時□鎮痛・鎮静剤使用時は裏面参照	終了時	BP		<経過記録>	腹部症状 無・有	P		便回数		便スケール	1 2 3 4 5		
		開始時	検査時□鎮痛・鎮静剤使用時は裏面参照	終了時														
	BP		<経過記録>	腹部症状 無・有														
P																		
便回数																		
便スケール	1 2 3 4 5																	
注射・内服	<input type="checkbox"/> ピコスルファート Na 4錠 (眠前内服)	<input type="checkbox"/> プテリスコポラミン 1A 筋注 <input type="checkbox"/> グルカゴン 1V 筋注 <input type="checkbox"/> なし	EPT時 <input type="checkbox"/> ソルデム 1 200ml アドナ(50) 1A <input type="checkbox"/> マグミット(330) 3T トランサミン 3錠 4日分															
行動	制限なし	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> EPT・EMR時別紙参照																
説明	<input type="checkbox"/> 医師より(検査予約時)検査の必要性和内容説明 検査同意書 <input type="checkbox"/> お薬手帳の持参と説明 <input type="checkbox"/> 看護師より(検査予約時)検査前処置について	<input type="checkbox"/> 更衣について	<input type="checkbox"/> 医師より検査結果の説明 ○当日、外来診察あり (Dr) ○説明室にて結果説明 ○次回、外来予約 (月 日 時 分 Dr) <input type="checkbox"/> 看護師より大腸内視鏡検査を受けられた方への用紙を用いて説明															
追加・備考	<input type="checkbox"/> 前投薬持ち帰り(検査予約時) <input type="checkbox"/> ピコスルファート Na 4錠 <input type="checkbox"/> ニフレック 1 <input type="checkbox"/> ピコスルファート Na 4錠 <input type="checkbox"/> ビジクリア 30錠 <input type="checkbox"/> 65歳以上、又は高血圧・腎機能障害のある患者は慎重投与を確認した <input type="checkbox"/> 透析患者を含む重篤な腎機能障害患者、高血圧の高齢者、心不全・不安定狭心症の患者には投与しないことを確認した	<input type="checkbox"/> 排便状況不良時 ○グリセリン浣腸 120ml ○グリセリン浣腸 60ml 反応便 () 回 スケール () <input type="checkbox"/> 凝固検査結果確認	<input type="checkbox"/> 狭帯域光強調加算															
バリエーション																		

様へ

説明者

月日	月 日	月 日	月 日
経過	検査前日	当日（検査前）	当日（検査後）
目標	○検査に対する心身の準備ができる ○前処置の必要性が理解でき確実にできる		○出血がない ○腹痛がない
検査・治	<p style="text-align: center;">時 分頃より検査を行います</p> <p>再診機で受付をした後、10分前までに内視鏡受付にお越しください</p> <p><input type="checkbox"/> 必要時 凝固検査を行いますので（ : ）までに採血を済ませてください</p>		
食事	<p> 脱水予防のため透明な水分（水・お茶・スポーツドリンク）はしっかり摂取してください</p> <p>検査前日は繊維の多い食品（野菜、海藻）脂肪分の多い食品（乳製品など）は避けてください</p> <p>20時以降は絶食となります</p>	朝食と昼食は食べてはいけません	検査後の食事について説明します
	<p style="text-align: center;">  </p>		
処置		<p>8時～下剤（水薬）を服用してください</p> <p>下剤の服用方法はビデオ参照</p> <p><input type="checkbox"/> ニフレック1袋</p> <p><input type="checkbox"/> ビジクリア30錠</p> <p>※下剤服用後1時間ほどで下痢が始まります。気分が悪くなった場合は、病院へご連絡ください</p> <p>ストーマのある方は交換に必要な物品を一式ご持参ください</p>	
注射・内服	<p> 常用薬のある方は医師の指示通り服用してください</p> <p>治療前中止薬（有・無）</p> <p>（ / ）から _____ を休薬</p> <p>（ / ）から _____ を休薬</p> <p>（ / ）から _____ を休薬</p> <p>21時頃にピコスルファートを4錠服用してください</p>	<p> 検査前に筋肉注射をします</p> <p>おくすり手帳をお持ちの方はご持参ください</p>	
行動	<p> 制限はありません</p>	<p> ※検査前の注射により目が見えにくくなる場合がありますのでご注意ください</p> <p>事故防止のため、お車・バイクを運転しての来院は控えてください</p>	<p> 終日運転は控えてください</p>
説明	<p> 検査予約時医師より説明</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査の必要性、内容について <p> 検査予約時看護師より</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査前の処置について 	<p>※水・お茶をご持参ください</p>	<p> 医師より</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査の結果について ・今後の治療について <p> 看護師より</p> <ul style="list-style-type: none"> 検査後の生活について <input type="checkbox"/> 休薬中のお薬がある方は・再開について

* この表はおよその経過をお知らせしたものです。種々の都合により予定通りではないこともありますので、予めご承知ください。

* 外来でポリプを切除された方は、1割負担で約1万円、2割負担で約1~2万円、3割負担で約3~4万円の負担金が発生します。

* 検査をキャンセルされる場合や心配事がありましたら消化器センターまでお申し出ください。

午前8:30~午後5:00 TEL 075-561-1121 (代表)

02-Z12N-1,2,3

02-Z12V-1,2,3

2026.2.9版

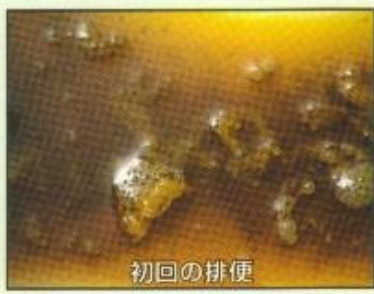
京都第一赤十字病院

○下剤を受け取り説明を受けました。 はい・いいえ

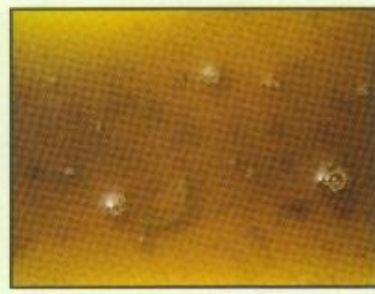
どの様な便でしたか？



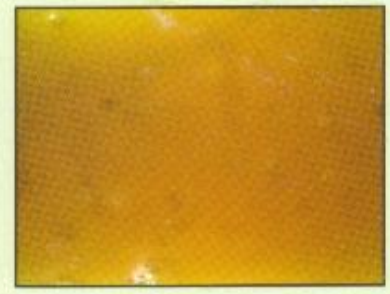
①



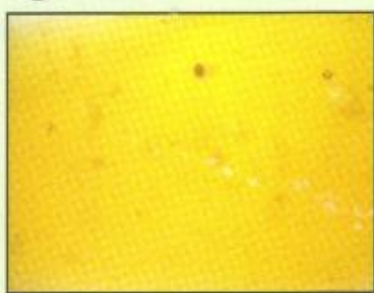
②



③



④



⑤



排便回数 (5~8回) とともに便の状態は①→⑤の様な黄色の水様便になります。

⑤の便になれば検査可能です。

便回数