

# 小腸カプセル内視鏡検査をご依頼にあたっての確認事項

(保険適応例であることの確認、検査リスクの評価)

検査をお受けになる方のお名前:

生年月日:                      年      月      日

	該当する場合は チェックを入れて 下さい	備 考
嚥下が可能な年齢である		小児の場合は8歳以上の使用例があります
被検者(患者さん)が検査に同意し、自発的に嚥下可能		強制的に服用させるのはできません
妊娠している可能性がない(女性の場合)		妊娠例に対する安全性は確立していません
心臓ペースメーカー、除細動器その他の埋植型電子機器を装着していない		「ある」場合は、電波干渉にて誤作動の危険性があります
カプセル内視鏡が滞留時に外科手術が可能である		滞留した場合、外科手術で回収する場合があります
上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)を実施済み		実施日(      年    月    日)
下部消化管内視鏡検査(大腸ファイバー)を実施済み		実施日(      年    月    日)
消化管に強い狭窄の可能性がない(既往歴も含む)		カプセル内視鏡が滞留する危険性が低いことの確認です
消化管憩室疾患(Zenker憩室、Meckel憩室など)がない		「ある」場合は、憩室内にカプセル内視鏡が滞留する危険があります
放射線照射性小腸炎と診断されていない		「ある」場合は、小腸狭窄のためカプセル内視鏡が滞留する危険があります
消化管に対するバイパス手術の既往がない		「ある」場合は、閉塞部腸管内にカプセル内視鏡が滞留する危険があります
(パテンシーカプセル検査が必要な場合) 硫酸バリウムに対し過敏性の既往歴がない		パテンシーカプセルには一部に硫酸バリウムが使われています

(注1)小腸カプセル内視鏡検査の保険適応は、以下の2つに限られ、保険請求時に症状詳記が求められています。

1)「上部および下部消化管検査(内視鏡検査を含む)を行っても原因が特定できない消化管出血」

2)小腸疾患が既知または疑われる場合

(注2)消化管狭窄については、

事前のX線造影検査でカプセル内視鏡の通過を阻害する状況がないことが確認されておれば、実施可能です。腸管狭窄が否定できない場合は、先に開通性確認のためにパテンシーカプセルを服用して頂きます。

パテンシーカプセル検査も当院で実施しています。

ご記入日:      年    月    日

ご施設名・部署:

確認医のお名前(署名):

平和会 吉田病院 消化器内視鏡・IBDセンター

〒631-0818 奈良市西大寺赤田町1-7-1

TEL 0742-45-9562(内視鏡検査予約専用)

TEL 0742-45-4601(代表)