

食道・胃・十二指腸内視鏡検査に関する説明書

検査予約日時				
令和	年	月	日	曜日
午前・午後		時	分	

食道・胃・十二指腸内視鏡検査を実施するにあたり、以下の項目をお読みになった後、説明にご納得いただきましたら、同意書にご署名をお願いいたします。

【前準備】

(検査の時間までにおなかの中の食物が消化され空っぽの状態になるように以下の注意事項を実施してください。)

- ・検査の前日夕食は脂の多いものを避け、消化に良いものを午後 8 時まで済ませてください。
- ・普段から就寝前に薬を服用されている方は、いつものようにお飲みください。

【検査当日の注意事項】

- 午前検査の方：朝食はとらないでください。薬も、服用しないでください。
- 午後検査の方：検査前日の食事制限はありません。当日朝 8:00 まで朝食をすませてください。(おかゆ、梅干し、味噌汁具なし豆腐はOKです。油もの、繊維質なものは不可とさせていただきます。) 抗凝固剤以外の薬はいつも通り服用してください。
- ・水、お茶、ジュースは普段どおり飲まれて結構です。かすが残るので牛乳などの乳製品と果肉入りのジュースは飲まないでください。(但し、人間ドックの方は当日、採血がありますので水のみ可とさせていただきます。)
- ・ゆったりとした服装でおこしください。体を締め付ける下着は着用しないでください

当医院では内視鏡検査にあたり、よりリラックスしてできる静脈注射(意識下鎮静法)を積極的にお勧めしておりますが、検査後しばらくの間はふらつき、ねむけ、視力低下、一時的な物忘れなどが現れることがあります。検査終了後には車、バイク、自転車の運転、または重要な判断を要する仕事を行うことは避けてください。鎮静剤の使用をご希望されない方には、通常の「のど」の麻酔(咽頭麻酔)のみで検査を施行させていただきます。

※ ご高齢の方はできる限りご家族とご一緒に来院してください。

※ 鎮静剤投与後の自転車、バイク、車の運転は大変危険ですので運転しての来院はしないようお願い致します。ご自身で運転して来院された場合、当院は一切責任をおいかねます。

1. 食道・胃・十二指腸内視鏡検査の目的、方法についての説明。

- * この検査では、食道・胃から十二指腸下行脚までの上部消化管を観察します。
- * 内視鏡の先端にはビデオカメラが組み込まれており、外に設置されたテレビモニターの画像を観察します。

- * また食道や胃粘膜の細かい変化を観察するために、色素液をまくことがあります。あとで尿や便に色が付くことや胸やけが残ることがあります。
 - * 当日はのどに麻酔をして検査を行います。さらに当院ではできるだけ苦痛なく検査を受けていただくため、静脈注射による鎮静剤を用いますが、希望されない方は、事前にお申し出下さい。
2. 偶発症を予防するため、下記の項目に当てはまる方は事前にお申し出下さい。
- ・ 抗凝固剤（バイアスピリン、パナルジン、ワーファリンなど）を服用している方。**2種類以上服用**している方は、申告して下さい。
 - ・
 - ※ 上記に該当する方は、検査予約時に薬の服用について説明を受け必ず服用法を守ってください。
 - ・ これまで歯科の治療、局所麻酔などでアレルギー症状の出た方、あるいは気分が悪くなったことのある方（のどの麻酔には局所麻酔剤を使用します。）
 - ・ 現在治療中の病気のある方、また過去に入院、治療歴のある方。
3. 食道・胃・十二指腸内視鏡検査を実施した場合の偶発症について。
- 内視鏡検査は、一般的に広く行われており、病気（特に癌）の早期発見にとっても有効な検査です。しかし、稀に麻酔・鎮静剤など薬剤によるアレルギー性ショック、出血、穿孔（穴があくこと）などの偶発症を生じることがあります。最近（(1998～2002年の5年間）の全国集計では、偶発症の頻度は0.012%（8,300人に1人程度）です。その内、死亡に至る重篤な偶発症が0.00076%（131,600人に1人程度）発生しております。偶発症が生じた場合は最善の処置、治療を行います。このため入院治療、緊急開腹手術などが必要になる場合もありますので、ご承知おきください。
4. 同意書の撤回について
- 同意書をいただいた後でも検査前であれば、同意書を撤回することはいつでもできます。その場合は主治医とよくご相談ください。検査を実施することに同意できない場合は、主治医と今後の診療について、もう一度よくご相談下さい。
5. 説明された内容についてわからないことがある場合は、遠慮なくご質問ください。また、内視鏡検査に関連して当院に連絡を取りたい際には、下記までお問い合わせください。

〒980-0011

宮城県仙台市青葉区上杉 2-1-30

白根胃腸クリニック

TEL 022-263-3151

上部消化管内視鏡検査に関する同意書

- 食道・胃・十二指腸内視鏡検査を実施します。
- 粘膜組織の一部を鉗子でつまみ（生検）、組織（細胞）の検査を行います。
- 病変部位に安全な色素を散布し（色素散布）、病変を明瞭にして診断の助けとします。
- 出血などが見られた場合には止血操作（内視鏡的止血術）を行います。
- 苦痛なく検査を受けていただくための鎮静剤の使用をお伺いします。

1番、2番 いずれかを○で囲んでください。

※鎮静剤ご希望の方は注射の量を決めるため体重の記入をお願い致します。

1. 鎮静剤の使用＋咽頭麻酔を希望します。 体重（約 kg）

（リラックスして検査が受けられますが、検査後に眠気、ふらつき、健忘等の症状が現れます。）

2. 咽頭麻酔のみ希望します。

（検査中嘔気がやすいです。）

- 過去にヘリコバクター・ピロリ（菌）感染症の検査を受けた事がありますか。

はい ・ いいえ

私は上記検査について、その必要性と検査・治療内容それにともなう偶発症について理解しました。また、検査治療中に緊急処置を行う必要性が生じた場合には、適宜処置することについても併せて

同意します

同意しません

令和 年 月 日

受診者署名（氏名）

※患者様が未成年などで判断能力がない場合、若しくは心身障害者や重篤な病状等のため、署名不能な場合は、代諾者（配偶者、親権者または扶養義務者等）が署名してください。

または代理人署名（氏名）

続柄