

上部消化管内視鏡検査の説明と同意書

ID _____ 氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳

予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

【目的】内視鏡を使って、食道・胃・十二指腸を観察します。腹痛や吐血、貧血の原因を調べたり、がんなど無症状であっても治療を必要とする病気の有無を調べたりするための検査です。

【方法】胃の中を見やすくする薬を飲んでから、のどを麻酔します。内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸を観察します。必要あれば、胃腸の緊張をとるための薬を使用します。顕微鏡検査のために病変の一部を採取したり、止血などの処置を行ったりすることがあります。

【偶発症】前処置によるもの:検査時に使用する薬剤によって、血圧低下、皮疹、呼吸抑制などの副作用が起きることがあります。全国調査(2008年から2012年)では、前処置での偶発症の発生頻度は0.0028%(約3万6000人に1人)、死亡率は0.00005%(約20万人に1人)でした。

検査によるもの:出血、裂創、穿孔、歯の損傷などの偶発症が起きることがあります。全国調査では、検査による偶発症発生頻度は0.005%(約2万人に1人)、死亡率は0.00013%(約77万人に1人)でした。

新型コロナウイルス感染について:内視鏡を介した感染に対しては万全を期していますが、検査室や待合室でウイルスに暴露される可能性が無いとは言えません。そのような感染が生じないよう、十分な配慮をして検査を行っています。

偶発症に対しては最善の処置、治療を行います。入院や輸血、手術が必要となる場合もあります。その際は、通常の保険診療で行われますので、保険種別に応じたご負担が発生します。

【鎮静剤などの使用】当院では、内視鏡検査による苦痛を軽減するため、鎮静剤の使用をお勧めしています。但し、鎮静剤を使用した場合、検査終了後30分～1時間ほどは内視鏡室でお休みいただきます。また、当日は自動車、自転車などを自分で運転することは出来ません。車で来院されて、運転される方が他にいらっしゃらない場合、鎮静剤は使用できませんのでご了承ください。

また、検査後当日に重要な判断をするお仕事は避けてください。ご高齢の方は、可能なかぎりご家族と一緒にご来院ください。

同意が得られない場合、検査は行いません。また同意書を提出された後でもお申し出があれば、検査を中止いたします。

セカンドオピニオンについて

疾患や治療法の理解を深め、より良い治療法を選択することができるように、現在診療を受けている担当医とは別に、違う医療機関の医師に「第二の意見」を求めることができます。なお、セカンドオピニオンを求めることにより、不利益を被ることはありません。

年 _____ 月 _____ 日 説明医師 署名 _____

同席者(医師・看護師)署名 _____

私は、説明を受けた内容に関して、理解できましたので、受けることに同意します。

同意しません。その場合の不利益についても納得しました。

鎮静剤の使用を(希望します・希望しません)

患者が成人(18歳以上)の場合

年 _____ 月 _____ 日 患者 署名 _____

家族(続柄 _____)署名 _____

患者が未成年(18歳未満)の場合

年 _____ 月 _____ 日 患者 署名 _____

親権者(続柄 _____)署名 _____

親権者(続柄 _____)署名 _____

親権者(続柄 _____)署名 _____

上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)を受けられる方へ

ID: _____ 様

月 _____ 日 に内視鏡検査を行います。

15分前までに再来機で受付を済ませ、**2階内視鏡室受付**へお越しください。

	検査前日(/ /)	検査当日(/ /)	
		検査前	検査終了後
食事	<input type="checkbox"/> 消化のよいものを普通にとり、夕食は午後9時までにすませてください。水の摂取は構いません。 <input type="checkbox"/> アルコール類は控えてください。	<input type="checkbox"/> 検査終了まで絶食です。 <input type="checkbox"/> 起床時から病院来院までの間は水のみ摂取可能です。	<input type="checkbox"/> 食事開始時間などの注意事項は検査後お話しいたします。
内服薬	<input type="checkbox"/> 中止薬;有・無 _____ / ~ / _____ _____ / ~ / _____ _____ / ~ / _____ _____ / ~ / _____ _____ / ~ / _____	<input type="checkbox"/> 朝の内服薬;有・無 _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 主治医の指示に従って下さい。
処置		<input type="checkbox"/> 胃の中の泡を消す薬を飲みます。 <input type="checkbox"/> 胃の緊張を抑える注射をします。 <input type="checkbox"/> のどの麻酔をします。 <input type="checkbox"/> 内視鏡が口から挿入されます。	
注意点	<input type="checkbox"/> 検査は予約制となっております。当日ご都合の悪くなった方は、当院内視鏡室受付への連絡をお願いします。(なお、やむを得ない日程の変更・キャンセルは事前にお電話でご相談下さい) <input type="checkbox"/> 『上部消化管内視鏡検査の説明と同意書』および『内視鏡検査前問診票』を必ずご持参ください。 <input type="checkbox"/> 検査当日の服装は身体を締め付けるものは避けてください。(和服、腹巻、ボディスーツ、ガードル) <input type="checkbox"/> 取り外し可能な義歯ははずして検査を行いますのでご了承ください。 <input type="checkbox"/> 貴重品はロッカーにお預けになり、各自で管理をお願いします。 <input type="checkbox"/> 検査当日は車、バイク、自転車でのご来院はお控えください。 <input type="checkbox"/> 当日胃カメラ以外の検査;有・無		
	_____ 説明者サイン _____		