

上部・下部 消化管検査 説明・同意書

患者名: _____

検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

【検査の目的】

上部・下部内視鏡検査(胃カメラ、大腸カメラ)は、消化管疾病(食道、胃・十二指腸や大腸の病気)を診断し、適切な治療方法を考える為に必要な検査です。
より正確に診断をつける為に、組織の一部を取って調べる「生検」といわれる病理組織検査を併せておこなうことがあります。

【検査の安全性】

胃カメラ、大腸カメラは、ほとんどの場合安全な検査です。
しかし、極めて低い確率で『麻酔薬や前投薬によるアレルギー症状』や『内視鏡挿入や生検による出血・穿孔』などが起こる危険性があります。日本消化器内視鏡学会が調査した全国集計(2004年)によるとその頻度は上部で0.0121% 死亡率0.00076%、下部で0.0692% 死亡率0.00083%でした。
また、紹介元で感染症の検査をされていない場合は、検査を実施する医療機関で検査を施行させていただきます。

【検査の苦痛】

苦痛のないように注意を払いながら検査を行いますが、内視鏡挿入時ののどや胃の痛み、肛門の痛み、検査で消化管内に空気を入れる為に起こる腹満感などの不快な感じを受けることがあります。

●内視鏡検査を安全で円滑に受けていただく為に、以下の質問にお答え下さい。

- ① 胃カメラや大腸カメラを受けた事がありますか? (ある・ない)
- ② ①で「ある」と答えた方へ、検査後具合が悪くなった事がありますか? (ある・ない)
「ある」の場合、それはどんな症状ですか? ()
- ③ 歯医者での麻酔で気分が悪くなった事がありますか? (ある・ない)
- ④ 下記の病気はありますか? (ある・ない)
(心筋梗塞、狭心症などの心臓病・緑内障・甲状腺機能亢進症・前立腺肥大症)
- ⑤ 血液を固まりにくくする薬(ワーファリン・バファリンなど)を飲んでいませんか? (はい・いいえ)
- ⑥ お腹の手術を受けた事がありますか? (はい・いいえ)
- ⑦ 内視鏡検査について、どのようなイメージがありますか?(複数可)
(安心感・楽である・何ともない・不安・怖い)
その他()

- 今回、検査を受けるにあたって医師より十分な説明を受け、内容を十分理解した上で内視鏡検査を受ける事に同意します。
なお、偶発症の発生の際には、医学的に必要な処置を受けることも同意します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

代筆の場合はその理由をご記入下さい。

本人、又はご家族署名

※未成年の場合は保護者の署名

説明・確認医師署名