

ID
氏名

説明書

診療行為

年 月 日生 男・女

上部消化管内視鏡

【検査の目的】

上部消化管内視鏡検査は、食道・胃・十二指腸を観察し、これらの場所のできる病気を発見・診断するための検査です。内視鏡を用いての超音波検査、ポリープ・腫瘍の切除、止血処置、静脈瘤の治療も必要に応じて行います。

【検査の流れ】

気泡を消えやすくするためのシロップを飲んでから、ゼリー状の麻酔薬をのどに含みます。胃の動きを抑える注射や鎮静剤・鎮痛剤を必要に応じて使用します。

検査は通常 5～10 分程度で終了しますが、検査の内容によってはさらに時間がかかることもあります。

検査中、必要に応じて以下のような処置を行うことがあります。

- 1) 組織の一部を採取して、病理検査を行う
- 2) 病変の診断のため、色素をかけて詳しく観察する
- 3) ポリープ、腫瘍が見つかった場合にその切除を行う

【検査・治療に伴う偶発症について】

- 1) 検査中に吐き気、お腹の張った感じ、軽い痛みを生じることがあります。強い痛みを覚えた場合は手を挙げるなどして教えて下さい。
- 2) 腫瘍切除などの治療内視鏡を行った場合は、食道・胃・十二指腸など、治療を行った場所から出血したり穴があいたりする危険がありますので、術後安静と経過観察が必要になります。このため治療内視鏡は入院して行います。
- 3) 検査・治療の際に投与する薬剤による副作用として、じんましん、動悸、嘔吐、尿閉、呼吸抑制、血糖値の変動、血圧低下、ショックなどが起こることがあります。
- 4) 狭心症発作、不整脈、喘息発作などの症状の一時的な悪化、発作の誘発が起こることがあります。

【ご注意・ご理解いただきたいこと】

- 1) 検査前日の食事は午後 9 時までには終わってください。水分は就寝まで制限はありません。
- 2) 検査当日の朝は絶食です。水のみ、朝の 7 時までは飲んでもかまいません。
- 3) 心臓の薬、血圧の薬を飲んでいる方は、朝の分は当日の朝 6 時頃までに少量の水でお飲みください。それ以外の薬は原則として朝の分は中止してください。抗凝固剤（血が固まり難くなる薬）を内服中の方は、もっと前から中止が必要な場合があるため、お申し出ください。
- 4) 場合によって検査開始や終了が予約時間より遅れることがあります。時間に余裕を持ってお越し下さい。
- 5) 鎮静剤・鎮痛剤を使用した場合、半日くらい眠気やフラフラ感が続くこともありますので、自家用車、バイク、自転車での来院はご遠慮ください。
- 6) 検査中に顔色を観察しますので、化粧・マニキュアはご遠慮ください。
- 7) ポリープや腫瘍が見つかった場合は、原則として後日入院して治療します。なお、切除した場合には退院後も飲酒、食事、運動、入浴、旅行、力仕事などにしばらくの間制限があります。
- 8) 全国調査によると、上部消化管内視鏡検査・治療に際し、穿孔・大量出血などの重篤な偶発症が 10 万件中 7 件程度の確率で発生したと報告されています。検査および治療は慎重に行いますが、偶発症は非常にまれではありますが、ある程度の確率で生じる可能性のあることをご理解ください。万一偶発症や緊急事態が生じた場合には最善の処置をいたしますので、異変を感じたら以下にご連絡ください。

連絡先：東京共済病院 03-3712-3151（代）

同意書を作成します。

ID
氏名

同意書

診療行為

年 月 日生 男・女

上部消化管内視鏡

【説明】

- 病名・病状
- 診療行為の目的・必要性
- 診療行為の概略
- 診療行為の実施予定日・期間
- 診療行為の危険性（合併症・リスクの種類やその程度）
- 代替可能な医療
- 実施しない場合に予想される結果
- 患者の自己決定権について

以上のとおり、別紙の説明文書を使用し、説明しました。

年 月 日 説明医師 _____
同席者 _____ (職種)

【同意】

東京共済病院長 殿

私は、上記診療行為について十分な説明を受け理解しました。

その上で診療行為を受けることに同意します。

同意された場合でも、いつでも撤回することができます。その場合はお申し出ください。

年 月 日 本人署名 _____
代理人署名 _____ (続柄)
住 所 _____

複数の場合は欄外に記入

ID

氏名

質問票

診療行為

上部消化管内視鏡

年 月 日生 男・女

年 月 日() 時 分～

【質問事項】 下記の各項目について、あてはまるものに○印をつけて下さい。

内視鏡による検査は初めてですか？	はい	いいえ
食物や薬物でアレルギー反応を起こしたことがありますか？ 「はい」の方は、それは何によるものですか？ ()	はい	いいえ
血液を固まりにくくする薬剤を現在服用していますか？ 「はい」の方：薬剤名 () 休薬期間 (/ ~休薬)	はい	いいえ
現在、糖尿病の治療中ですか？	はい	いいえ
緑内障、又は眼圧が高いと指摘されたことがありますか？	はい	いいえ
心臓の異常を指摘されたことがありますか？ 「はい」の方は、病名をお書き下さい。 ()	はい	いいえ
男性の方にお尋ねします。 前立腺肥大を指摘されたことがありますか？	はい	いいえ
検査と併せて、ポリープ切除などの治療を行った場合、検査終了後にそのまま入院治療をお願いする場合がありますが、その際の入院は可能ですか？	不可	可

医師名 _____ 確認者 _____

上記の通り相違ありません。

年 月 日 本人署名 _____

代理人署名 _____ (続柄)

住 所 _____

複数の場合は欄外に記入