

上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)同意書

(検査目的)

上部消化管とは食道・胃・十二指腸を指します。これらの部位に出来る病気(炎症・潰瘍・ポリープ・癌・食道静脈瘤など)を見つけ、適切な治療方針を考えるために行ないます。

(方法)

まず、胃の中を見やすくするためシロップを飲んでから、のどか鼻をゼリー状の麻酔薬で麻酔します。希望により、より検査が楽に受けられるように鎮静剤の注射をして少し眠くなった状態で行います。必要ならば小さな組織を採取して、顕微鏡検査で良性か悪性かを判断します(病理組織検査)。抗血栓薬(バイアスピリン・アスピリン・バファリン・パナルジン・ワーファリン・プレタールなど血液が止まりにくくなる薬)を服用している方は事前にお知らせください。また狭心症・心筋梗塞・不整脈・緑内障・前立腺肥大のある方も申し出てください。

検査終了後、鎮静剤を使用した場合は 1 時間程度回復室で休んでいただきます。鎮静剤を使用した場合は終日、車・自転車等の運転はできません。

(偶発症について)

この検査では、のどや鼻の麻酔によるショック、内視鏡検査によって起こる出血や穿孔などが主な偶発症です。1998 年から 2002 年の 5 年間での日本消化器内視鏡学会の全国集計では、出血、穿孔などの発生頻度は 0.012%(8333 人に 1 名の割合)でした。まれに死亡例の報告もあります。合併症によっては入院となり、輸血、緊急開腹手術などの治療が必要になることもあります。万が一、偶発症が起きた場合、最善の処置・治療を行ない、入院が必要な場合は適切な病院をご紹介します。

経口内視鏡か経鼻内視鏡のどちらを御希望かを、御本人署名欄のすぐ下にお書きください。

経鼻内視鏡は鎮静を施行しません。

経口内視鏡の場合、鎮静剤を希望されるか否かを、御本人署名欄のすぐ下にお書きください。

緑内障のある方は鎮静により悪化することがあるため通院されている眼科医にご相談ください。

今回の検査(または治療)内容について、十分理解し、必要であると判断いたしましたので、栄町消化器・内視鏡内科クリニックでの実施を希望いたします。

検査、処置名：上部消化管内視鏡検査

____年 ____月 ____日

御本人様署名 _____

御家族または保証人様署名 _____

経鼻内視鏡の使用を希望する

経口内視鏡を希望する

→ 鎮静剤の使用を(希望する・希望しない)

内視鏡検査に必要となりますので以下の問いにお答えください。

1. 血液を固まりにくくする薬を服用していますか？ (はい いいえ)
2. 緑内障ですか？(眼の眼圧が高くなる病気) (はい いいえ)
3. 心臓の病気がありますか？(不整脈など) (はい いいえ)
4. 前立腺肥大ですか？(男性の病気で尿がでにくくなる) (はい いいえ)
5. のどの麻酔薬(塩酸リドカイン)アレルギーですか？

例(歯医者での麻酔の注射で気分が悪くなった) (はい いいえ)

ご不明な点、おたずねになりたいことがありましたら、下記へ御電話ください

栄町消化器・内視鏡内科クリニック

札幌市東区北 40 条東 15 丁目 2 番 5 号 Tel 011-711-7149

2021 年 4 月 1 日 第 3 版