

ID: \_\_\_\_\_ 患者 \_\_\_\_\_ 様

年 月 日に以下の通り説明しました。

医院名 \_\_\_\_\_ 医師 \_\_\_\_\_

同席者／確認者 \_\_\_\_\_

確認した日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

1. 病名, 病状

2. 検査法: 口から内視鏡を挿入し食道, 胃, 十二指腸内腔を検査します。検査の前にのどを麻酔します。また、胃の運動を抑える薬を注射します。検査中に粘膜の異常等が観察された場合は、必要に応じて以下のようなことを行います。

- ①粘膜の一部を鉗子で採取し（生検）、病理検査を行います。
- ②病変を明瞭にする目的で安全な色素散布を行い観察します。
- ③出血がみられた場合には内視鏡的に止血を行います。

3. 検査の目的: 上部消化管の出血, 潰瘍, 炎症, ポリープ, 癌等の有無を確かめるために行います。

4. 検査の危険性および合併症: まれに以下の合併症が報告されています。

- ①内視鏡操作によって消化管に穴があくこと（穿孔）。
- ②生検などによる出血。
- ③前処置に使用する薬剤によるアレルギーなど。

以上の合併症を起こさないように細心の注意を払い検査を行いますが、**100%**合併症を回避することは困難で、全国集計では約**0.06%**の頻度で合併症が起こると報告されています。万が一、合併症が認められた場合には、外科手術を含め最善の対処をさせていただきます。

---

医師の説明に対し十分にご理解頂けたなら、以下の同意書にご署名願います。

1. 上記説明を受けました。その内容について

- わかりました。その上で納得して検査に同意します。
- わかりましたが、検査には同意しません。

2. 要望(有/無)

\_\_\_\_\_ 年 月 日 患者氏名 (署名)

\_\_\_\_\_ 同席者 (署名) \_\_\_\_\_ 続柄

浜松労災病院 医師 \_\_\_\_\_