

# 記載例

共同利用

## 上部消化管内視鏡検査説明・同意書

ID: 患者 ○△ 一郎 様

年 月 日に以下の通り説明しました。

病院名 ○△病院

医師 ○△ 太郎

同席者／確認者 (医療機関側の同席あれば記載)

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、十二指腸を順に検査します。検査の前にのどを麻酔します。また、鼻から生理食塩水を灌洗し、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。

・同意を頂いたのち、患者さんにお渡しいただき、当日ご持参いただくようご説明をお願いします。

4. 検査のリスク

- ①内視鏡挿入による出血。
- 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、外科手術が必要となる場合があります。患者さんにて記載願います。

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) ○△ 一郎

同席者(署名) 続柄

浜松労災病院 医師 \_\_\_\_\_

浜松労災病院地域医療連携室 FAX 053-411-0315

## 胃内視鏡検査を受けられる方へ

**\*検査前日**（ 月 日）の夕食は消化の良い食事を摂って下さい。

21 時以降は飲んだり食べたりしなくても結構です。

予約日決定後、日付を記載のうえ、患者さんにお渡しください。

**\*検査当日**（ 月 日）の朝は血圧・心臓の薬は起床時、水でお飲み下さい。

胃薬・糖尿病のお薬は飲まないで下さい。またインスリン注射は打たないで下さい。

9 時に地域医療連携室（9 番窓口）にお越しください

検査は 9 時 30 分からとなります。

### \*検査の方法

- ⑥ 胃の中を見やすくするためにお薬を飲んで頂きます。
- ⑦ ゼリー状の薬で喉の麻酔をします。咽頭麻酔薬（キシロカイン）で、稀にアレルギー症状が出現することがあります。歯科治療で使用する局所麻酔で、気分が悪くなったことがある方は申し出て下さい。
- ⑧ 胃の動きを弱める注射をします。
- ⑨ ベッドの上に横になった状態で内視鏡を口から挿入し観察します。検査時間は通常 10 分程度ですが、治療や生検（粘膜の一部を採取する検査）など行う場合は時間が延長します。
- ⑩ 誤嚥の可能性がありますので検査後、喉の麻酔が切れるまで 1～2 時間飲んだり食べたりしないで下さい。生検や治療をされた方は、看護師から安静・食事・飲酒についての注意事項を説明させて頂きます。

\*内視鏡検査の苦痛には個人差があります。鎮静剤を希望される方は申しつけ下さい。鎮静剤を使用した場合、半日程度眠気やふらつき感が続くことがあります。そのため、鎮静剤を使用しての検査を希望された方は、状況により御家族の付き添いをお願いすることがあります。

検査当日は車やバイク・自転車の運転はしないで下さい。ご自身で車を運転され来院された場合は、鎮静剤を使用しての検査はできません。

**検査に来られない場合は、受診の診療科へ必ず連絡して下さい。**

浜松労災病院 内視鏡室 TEL(053)462-1211(代表)

ID：  
氏名：

# 内視鏡検査問診表

医療機関にて記載願います。

安全に検査を受けていただくために、

検査日： 年 月 日

1. 今までに、内視鏡検査を受けたことがありますか？	はい・いいえ
「はい」と答えられた方にお尋ねします ※受けた検査を○で囲んでください	胃カメラ・大腸カメラ
2. 以前に内視鏡検査を受けたときに、気分が悪くなったことがありますか？	はい・いいえ
*「はい」と答えた方は、どのような症状がありましたか？ できるだけ詳しくご記入してください	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者さんにお渡しいただき、当日ご持参いただくようご説明をお願いします。</li> <li>・連携室あてFAXの送信をお願いいたします。</li> </ul>	
3. 既往歴	
*糖尿病がありますか？	はい・いいえ
「はい」と答えた方は、お薬の名前をご記入ください( )	
*高血圧がありますか？	はい・いいえ
*緑内障(または、眼圧が高い)がありますか？	はい・いいえ
*甲状腺機能亢進症がありますか？	はい・いいえ
*狭心症・心筋梗塞・不整脈がありますか？	はい・いいえ
「はい」と答えた方は、服用している薬を下記から選んでください (ワーファリン・バイアスピリン・パナルジン・その他( ))	
*男性の方にお尋ねします。前立腺肥大症がありますか？	はい・いいえ
4. 歯科治療の時の麻酔で気分が悪くなったことがありますか？	はい・いいえ
5. お薬のアレルギーがありますか？	はい・いいえ
「はい」と答えた方は、お薬の名前をご記入ください( )	
※アレルギーカード・お薬手帳がありましたら、ご提示ください	
6. 鎮静剤の使用は希望しますか？	はい・いいえ
7. 内視鏡検査について不安に思われていることや、ご質問がありましたらご記入ください	

★ ご協力ありがとうございました

患者さんにて記載願います。