

患者番号
氏名
生年月日性

発行日

科名

下部消化管内視鏡検査
(大腸) 説明・同意書

様

① 病名（症状）

② 「検査・処置」の必要性および注意事項

大腸にできる病気（炎症・潰瘍・ポリープ・がんなど）を調べて、適切な治療方法を考えるための検査です。基本的には外来ではポリープ切除は行いません。後日入院をして切除を予定します。

ただし、ポリープによっては、医師の判断により外来で切除することがあります。切除した場合、『大腸ポリープ切除術』という処置となりますので、出血しないように1週間は激しい運動や旅行、飲酒は避けていただきます。当日の切除を希望されない方は申し出てください。

なお、血液が固まりにくい病気の方や血液をサラサラにする薬（抗血栓薬）を内服されている方は、組織の検査（生検）やポリープ切除が行えない場合があります。必要に応じて抗血栓薬の内服を検査数日前より休薬していただくことがありますので、必ず申し出てください。

また、検査前・検査後の食事や内服、安静については医師の指示に従ってください。

③ 検査の方法

検査当日、朝から腸管洗浄剤（20）を服用していただき腸管をきれいにしてから検査を行います。

検査に伴う苦痛が激しい方は鎮静剤による静脈麻酔を考慮しますが以下の危険性をご理解の上、事前に予約が必要となりますので紹介医に申し出てください。また処置に時間がかかったり内視鏡検査に支障がでる場合は必要に応じて鎮静剤を使用する事がありますのでご了承ください。

- 静脈麻酔**：静脈麻酔を施行する場合、鎮静・鎮痛効果が得られますが、極々まれに副作用として呼吸抑制や血圧低下・アレルギー反応・ショック等があり、全国調査で過去5年間に125万人中3名（0.000024%）の死亡例が報告されています。そのため安全を期して検査を行います。検査終了後1時間は病院で休んでからお帰りいただきます。その後も眠気が残り、判断力が低下する事がありますので、検査当日は車、バイク、自転車などの運転は絶対にしないでください。

④ 検査・処置に伴う合併症の可能性・危険性の頻度

極まれに、麻酔薬や検査・治療に使用する薬剤によるアレルギー反応の出現やショック、内視鏡検査・処置に伴う出血・穿孔（検査部位に穴があくこと）などの合併症は（0.078%）ポリープ切除の場合は

（0.05～1.6%）起こす可能性があり重篤化したり死亡例（0.00082%）も報告されています。万一このような場合には入院していただき、迅速な治療・手術を行います。

⑤ 検査後、お腹が張ったり、腹痛が生じることがありますが数日以内に改善されます。ただし、出血や血便、持続する腹痛などの気になる症状がありましたらご連絡ください。また、抗血栓薬を休薬した場合、まれに心筋梗塞や脳梗塞発症などの危険性がありますのでご理解ください。

令和 年 月 日

医療機関名・説明医師：

印

(記名押印または署名)

同意書

この度、私が東部地域病院において検査・処置などを受けるにあたり、紹介医師からその内容について十分な説明を受け、診療上必要なものであることを理解いたしましたので、その実施に同意します。また、実施中に緊急の治療などの必要性が生じた場合には、適切に処置をされることについても同意します。

(公財) 東京都保健医療公社 東部地域病院院長 殿 令和

年 月 日

同意者氏名： _____ 印

同意者氏名： _____ 印

(記名押印または署名)

患者本人以外の場合 続柄
続柄

患者番号
氏名
生年月日性
発行日
科名

下部消化管内視鏡検査 (大腸) 説明・同意書

様

① 病名 (症状)

② 「検査・処置」の必要性および注意事項

大腸にできる病気（炎症・潰瘍・ポリープ・がんなど）を調べて、適切な治療方法を考えるための検査です。基本的には外来ではポリープ切除は行いません。後日入院をして切除を予定します。

ただし、ポリープによっては、医師の判断により外来で切除することがあります。切除した場合、『大腸ポリープ切除術』という処置となりますので、出血しないように1週間は激しい運動や旅行、飲酒は避けていただきます。当日の切除を希望されない方は申し出てください。

なお、血液が固まりにくい病気の方や血液をサラサラにする薬（抗血栓薬）を内服されている方は、組織の検査（生検）やポリープ切除が行えない場合があります。必要に応じて抗血栓薬の内服を検査数日前より休薬していただくことがありますので、必ず申し出てください。

また、検査前・検査後の食事や内服、安静については医師の指示に従ってください。

③ 検査の方法

検査当日、朝から腸管洗浄剤（20）を服用していただき腸管をきれいにしてから検査を行います。

検査に伴う苦痛が激しい方は鎮静剤による静脈麻酔を考慮しますが以下の危険性をご理解の上、事前に予約が必要となりますので紹介医に申し出てください。また処置に時間がかかったり内視鏡検査に支障がでる場合は必要に応じて鎮静剤を使用する事がありますのでご了承ください。

- 静脈麻酔**：静脈麻酔を施行する場合、鎮静・鎮痛効果が得られますが、極々まれに副作用として呼吸抑制や血圧低下・アレルギー反応・ショック等があり、全国調査で過去5年間に125万人中3名（0.000024%）の死亡例が報告されています。そのため安全を期して検査を行います。検査終了後1時間は病院で休んでからお帰りいただきます。その後も眠気が残り、判断力が低下する事がありますので、検査当日は車、バイク、自転車などの運転は絶対にしないでください。

④ 検査・処置に伴う合併症の可能性・危険性の頻度

極まれに、麻酔薬や検査・治療に使用する薬剤によるアレルギー反応の出現やショック、内視鏡検査・処置に伴う出血・穿孔（検査部位に穴があくこと）などの合併症は（0.078%）ポリープ切除の場合は

（0.05～1.6%）起こす可能性があり重篤化したり死亡例（0.00082%）も報告されています。万一このような場合には入院していただき、迅速な治療・手術を行います。

⑤ 検査後、お腹が張ったり、腹痛が生じることがありますが数日以内に改善されます。ただし、出血や血便、持続する腹痛などの気になる症状がありましたらご連絡ください。また、抗血栓薬を休薬した場合、まれに心筋梗塞や脳梗塞発症などの危険性がありますのでご理解ください。

令和 年 月 日

医療機関名・説明医師： _____ 印
(記名押印または署名)

同意書

この度、私が東部地域病院において検査・処置などを受けるにあたり、紹介医師からその内容について十分な説明を受け、診療上必要なものであることを理解いたしましたので、その実施に同意します。また、実施中に緊急の治療などの必要性が生じた場合には、適切に処置をされることについても同意します。

(公財) 東京都保健医療公社 東部地域病院院長 殿 令和

年 月 日

同意者氏名： _____ 印

[患者本人以外の場合 続柄]

同意者氏名： _____ 印

[続柄]

(記名押印または署名)

患者番号
氏名
生年月日性
発行日
科名

下部消化管内視鏡検査 (大腸) 説明・同意書

様

① 病名 (症状)

② 「検査・処置」の必要性および注意事項

大腸にできる病気（炎症・潰瘍・ポリープ・がんなど）を調べて、適切な治療方法を考えるための検査です。基本的には外来ではポリープ切除は行いません。後日入院をして切除を予定します。

ただし、ポリープによっては、医師の判断により外来で切除することがあります。切除した場合、『大腸ポリープ切除術』という処置となりますので、出血しないように1週間は激しい運動や旅行、飲酒は避けていただきます。当日の切除を希望されない方は申し出てください。

なお、血液が固まりにくい病気の方や血液をサラサラにする薬（抗血栓薬）を内服されている方は、組織の検査（生検）やポリープ切除が行えない場合があります。必要に応じて抗血栓薬の内服を検査数日前より休薬していただくことがありますので、必ず申し出てください。

また、検査前・検査後の食事や内服、安静については医師の指示に従ってください。

③ 検査の方法

検査当日、朝から腸管洗浄剤（20）を服用していただき腸管をきれいにしてから検査を行います。

検査に伴う苦痛が激しい方は鎮静剤による静脈麻酔を考慮しますが以下の危険性をご理解の上、事前に予約が必要となりますので紹介医に申し出てください。また処置に時間がかかったり内視鏡検査に支障がでる場合は必要に応じて鎮静剤を使用する事がありますのでご了承ください。

- 静脈麻酔**：静脈麻酔を施行する場合、鎮静・鎮痛効果が得られますが、極々まれに副作用として呼吸抑制や血圧低下・アレルギー反応・ショック等があり、全国調査で過去5年間に125万人中3名（0.000024%）の死亡例が報告されています。そのため安全を期して検査を行います。検査終了後1時間は病院で休んでからお帰りいただきます。その後も眠気が残り、判断力が低下する事がありますので、検査当日は車、バイク、自転車などの運転は絶対にしないでください。

④ 検査・処置に伴う合併症の可能性・危険性の頻度

極まれに、麻酔薬や検査・治療に使用する薬剤によるアレルギー反応の出現やショック、内視鏡検査・処置に伴う出血・穿孔（検査部位に穴があくこと）などの合併症は（0.078%）ポリープ切除の場合は

（0.05～1.6%）起こす可能性があり重篤化したり死亡例（0.00082%）も報告されています。万一このような場合には入院していただき、迅速な治療・手術を行います。

⑤ 検査後、お腹が張ったり、腹痛が生じることがありますが数日以内に改善されます。ただし、出血や血便、持続する腹痛などの気になる症状がありましたらご連絡ください。また、抗血栓薬を休薬した場合、まれに心筋梗塞や脳梗塞発症などの危険性がありますのでご理解ください。

令和 年 月 日

医療機関名・説明医師： _____ 印
(記名押印または署名)

同意書

この度、私が東部地域病院において検査・処置などを受けるにあたり、紹介医師からその内容について十分な説明を受け、診療上必要なものであることを理解いたしましたので、その実施に同意します。また、実施中に緊急の治療などの必要性が生じた場合には、適切に処置をされることについても同意します。

(公財) 東京都保健医療公社 東部地域病院院長 殿 令和

年 月 日

同意者氏名： _____ 印

[患者本人以外の場合 続柄]

同意者氏名： _____ 印

[続柄]

(記名押印または署名)