

上部消化管内視鏡検査

(食道・胃・十二指腸) 説明・同意書

様

患者番号
氏名
生年月日性

発行日

科名

① 病名（症状）

② 「検査・処置」の必要性および注意事項

食道・胃・十二指腸にできる病気（炎症・潰瘍・ポリープ・がん・食道静脈瘤等）を調べて、適切な治療方法を考えるための検査です。

検査中に何か異常が見られたり、また疑われた場合には必要に応じ組織の検査（生検）が行われます。ただし、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生検を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については紹介医師の指示に従ってください。

③ 検査方法

のどの表面麻酔をして内視鏡を口から挿入して行います。通常の検査は約10分程度で終わります。

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師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、以前実施した全国調査で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が、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。

経鼻内視鏡：経鼻内視鏡（鼻から挿入）希望の方も事前の予約が必要となります。

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、検査・治療で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・処置に伴う出血や穿孔（検査部位に穴があくこと）などの合併症を起こす可能性（0.017～0.025%）があり重篤化したり死亡（0.00019%）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、のどの痛みや腹痛、鼻からの内視鏡検査を行った場合は鼻出血や鼻の痛みが生じる可能性があります。検査後、吐血・黒色便・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)

上部消化管内視鏡検査

(食道・胃・十二指腸) 説明・同意書

患者番号
氏名
生年月日性
発行日
科名

様

① 病名 (症状)

② 「検査・処置」の必要性および注意事項

食道・胃・十二指腸にできる病気（炎症・潰瘍・ポリープ・がん・食道静脈瘤等）を調べて、適切な治療方法を考えるための検査です。

検査中に何か異常が見られたり、また疑われた場合には必要に応じ組織の検査（生検）が行われます。ただし、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生検を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については紹介医師の指示に従ってください。

③ 検査方法

のどの表面麻酔をして内視鏡を口から挿入して行います。通常の検査は約10分程度で終わります。

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師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、以前実施した全国調査で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が、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。

経鼻内視鏡：経鼻内視鏡（鼻から挿入）希望の方も事前の予約が必要となります。

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、検査・治療で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・処置に伴う出血や穿孔（検査部位に穴があくこと）などの合併症を起こす可能性（0.017～0.025%）があり重篤化したり死亡（0.00019%）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、のどの痛みや腹痛、鼻からの内視鏡検査を行った場合は鼻出血や鼻の痛みが生じる可能性があります

検査後、吐血・黒色便・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)

上部消化管内視鏡検査

(食道・胃・十二指腸) 説明・同意書

患者番号

氏名

生年月日性

発行日

科名

様

① 病名 (症状)

② 「検査・処置」の必要性および注意事項

食道・胃・十二指腸にできる病気 (炎症・潰瘍・ポリープ・がん・食道静脈瘤等) を調べて、適切な治療方法を考えるための検査です。

検査中に何か異常が見られたり、また疑われた場合には必要に応じ組織の検査 (生検) が行われます。ただし、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生検を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については紹介医師の指示に従ってください。

③ 検査方法

のどの表面麻酔をして内視鏡を口から挿入して行います。通常の検査は約10分程度で終わります。

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師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、以前実施した全国調査で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が、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。

経鼻内視鏡：経鼻内視鏡 (鼻から挿入) 希望の方も事前の予約が必要となります。

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、検査・治療で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・処置に伴う出血や穿孔 (検査部位に穴があくこと) などの合併症を起こす可能性 (0.017~0.025%) があり重篤化したり死亡 (0.00019%) 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、のどの痛みや腹痛、鼻からの内視鏡検査を行った場合は鼻出血や鼻の痛みが生じる可能性があります。検査後、吐血・黒色便・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)