

上部消化管内視鏡(胃カメラ)検査 説明・同意書

この同意書は、受診者様の安全確保・ならびに受ける検査をご理解をしていただく為のものです。
必ずお読みになり、ご理解と必要事項を**ボールペンでご記入**いただき、**署名又は捺印**をお願いいたします。

※この同意書への記載が無い場合は、検査を行えない場合がございます。

【目的・方法】

1. 上部消化管内視鏡検査とは鼻腔や口腔から内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸の病気(腫瘍・潰瘍・ポリープ)の診断や治療方針を決める為に有効な検査です。
2. 病変が見つかった場合は、一部を採取して顕微鏡検査(病理組織検査)を行う事もあり、結果は後日説明させていただきますこととなります。
病理組織検査を行った当日は、飲酒・喫煙・刺激物の摂取は控えていただきます。
3. 当院では、**静脈麻酔を使用する眠りながら行う内視鏡検査は行っておりません。**

【合併症】

1. 鼻から挿入する内視鏡検査は、嘔吐反射は少なく楽な事が多いですが、鼻の痛み・出血がある事があります。また、鼻より内視鏡が挿入できない場合、口からの内視鏡検査に変更させていただきます場合がございます。
2. 病理組織検査を行った場合、ごく稀ではありますが出血・穿孔などの合併症を生じる事があります。合併症が生じた場合は最善の処置・治療を行います。
3. 合併症の全国集計は0.012%(10000人に1人程度)の割合です。
4. **検査当日、著明な血圧上昇・心臓や喘息の発作があった場合は危険ですので、検査を中止させていただきます場合がございます。**

【注意点】

1. 局所麻酔(歯科治療などで使用)や、他のお薬でアレルギー症状の出た方や気分が悪くなった事のある方はご記入下さい。
なし・あり ()
2. 過去の病気や現在治療中の病気のある方はご記入下さい。
なし・あり ()
3. ご使用中の薬(経口・点眼・点鼻・座薬・吸入薬など)の名称は、全てご記入下さい。
なし・あり ()
4. 病理組織検査が必要な場合は希望されますか?
はい・いいえ
5. **糖尿病以外のお薬**は検査当日の朝、コップ一杯程度の水で必ず服用して下さい。(吸入薬使用中の方は、吸入薬を検査室までご持参下さい)
《例. 降圧剤(血圧を下げるお薬)・抗不整脈剤・喘息の薬・神経科の薬など》
6. **妊娠されている方や、妊娠の可能性のある方**の内視鏡検査は、原則お断りしております。
7. **授乳中の方**で、内視鏡検査後から翌朝まで断乳できる方は、検査を実施することが可能です。
※ ご不明な点がございましたら、お尋ね下さい。
※ この同意書は、当日必ずご持参していただき、受付をされる際にご提出下さい。

20 年 月 日

医療法人財団 立川中央病院
立川中央病院 附属 健康クリニック

医師 署名 _____ 印

— 同意書 —

医療法人財団 立川中央病院院長 殿
立川中央病院 附属 健康クリニック院長 殿

今回、食道・胃・十二指腸の内視鏡検査にあたり、検査内容と合併症の可能性について十分理解しましたので、検査の実施に同意します。(ボールペンでご記入下さい)
(ご本人が署名できない場合は、代理人の署名又は捺印をお願いいたします)

20 年 月 日 受診者氏名(署名) _____ 印

代理人氏名(署名) _____ 印