

ご説明のうえ、患者さんにお渡し下さい。

上部消化管内視鏡検査説明書（上部消化管内視鏡検査を受けられる方へ）

年 月 日 _____ 様の
上部消化管内視鏡検査を施行いたします。

安心して上部消化管内視鏡検査を受けていただくために、依頼医院の主治医から検査の必要性と合併症の可能性について十分な説明をうけたうえで、患者さんの自由意志による同意を得て検査を行いたいと考えております。

依頼医院の主治医の説明をお聞きいただき、疑問点は質問されて納得され、上部消化管内視鏡検査の実施に同意される時は、患者さん用同意書の用紙にご署名のうえ、2部コピーしていただき、（原本：当院持参、1部：患者さん控え、1部：貴院控え）紹介状と一緒に座間総合病院にお持ち下さい。

なお、同意を拒否されましても、また実施直前に同意を撤回されましても、診察上不利益を受けることはありません。

この検査は食道・胃・十二指腸にポリープ・腫瘍・炎症その他の病気がないかどうか調べるために行います。

準備

1. 前日の夜9時までに食事を済ませて、以降は水かお茶または色のついていないスポーツ飲料のみ摂取してください。当日は朝コップ一杯の水以外は摂らず、降圧薬・抗不整脈薬などの心臓の薬・心療内科の薬以外は飲まないでください。

方法

1. 検査は5～10分くらいで終わりますが、少し時間がかかる場合もあります。
2. まず、胃の中を見やすくするシロップを飲んでから、のどをゼリー状の麻酔薬で麻酔します。挿入時に嘔吐でつらい場合があり、鎮静剤（鎮痛剤）を使用することがあります。
3. 検査前又は検査中に施行医の判断で、胃腸の動きを弱める薬剤（鎮痙剤）を注射又は注入することがあります。
4. 何らかの異常所見を認めたり、疑われた場合には、組織の一部を採取することがありますが、特に痛みはありません。このとき（ピロリ菌検査時も含め）一時的に軽度の出血がみられますので、抗凝固剤（血液をサラサラにする薬）を服用中であつたり、血液疾患に罹患されている方は、検査前にお申し出ください。

検査後

1. 鎮静剤を使用する場合は、一定時間（約1時間）休憩後、ご帰宅いただきます。危険の為、帰宅時に自身での運転はお止めください。
2. のどの麻酔が切れたら（約1時間程度）水分や食事を摂ってもかまいません。組織検査・ピロリ菌検査を受けた方は、当日の飲酒や喫煙はご遠慮ください。
3. 検査結果については、依頼医院の主治医より説明となります。

検査共同利用専用診療情報提供書に同封して、患者さんにお渡しください。

上部消化管内視鏡検査に対する同意書

座間総合病院院長 殿

医師から：私は、患者さんに行おうとする上部消化管内視鏡検査の内容・目的・必要性、及び、含まれる危険性、起こりうる合併症について説明しました。

説明医師の署名 _____

同席看護師の署名 _____ 日付 20____年 ____月 ____日

偶発症

前処置によるものでは麻酔剤(リドカイン)アレルギー(ショック・呼吸困難・血圧低下など)などがあります(頻度 0.0059%)

検査によるものでは出血・穿孔・生検による出血などがあります(頻度 0.012%) 万一発生した時には最善の処置を致します。

発生頻度は日本消化器内視鏡学会 1998-2002 年全国調査による胃カメラ全体の結果です

私 _____ (患者さん氏名または保護者、法的代理人)は、

(_____ (患者さん氏名)の代理人として)、

今回の上部消化管内視鏡検査に同意し、これを依頼いたします。

私は医師から、本検査の内容・目的・必要性、及び、含まれる危険性・起こりうる合併症について十分な説明を受けました。私の質問に対しては、医師から満足 of いく回答が得られました。

私の担当医は、万が一、上記の検査中予期しない緊急状況が発生した場合は、全力を挙げて、考えられるすべての最善の治療処置を講ずることを約束しました。また、これは貴病院の方針であり、検査中のいかなる場合にも私に対して適用されることの説明も受けました。

患者さん署名 _____ 日付 20____年 ____月 ____日

または
保護者
代理人署名 _____ 日付 20____年 ____月 ____日

同席者署名 _____ 日付 20____年 ____月 ____日

上部消化管内視鏡検査に対する同意書

座間総合病院院長 殿

医師から：私は、患者さんに行おうとする上部消化管内視鏡検査の内容・目的・必要性、及び、含まれる危険性、起こりうる合併症について説明しました。

説明医師の署名 _____

同席看護師の署名 _____ 日付 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

偶発症

前処置によるものでは麻酔剤(リドカイン)アレルギー(ショック・呼吸困難・血圧低下など)などがあります(頻度 0.0059%)

検査によるものでは出血・穿孔・生検による出血などがあります(頻度 0.012%) 万一発生した時には最善の処置を致します。

発生頻度は日本消化器内視鏡学会 1998-2002 年全国調査による胃カメラ全体の結果です

私 _____ (患者さん氏名または保護者、法的代理人)は、

(_____ (患者さん氏名)の代理人として)、

今回の上部消化管内視鏡検査に同意し、これを依頼いたします。

私は医師から、本検査の内容・目的・必要性、及び、含まれる危険性・起こりうる合併症について十分な説明を受けました。私の質問に対しては、医師から満足 of いく回答が得られました。

私の担当医は、万が一、上記の検査中予期しない緊急状況が発生した場合は、全力を挙げて、考えられるすべての最善の治療処置を講ずることを約束しました。また、これは貴病院の方針であり、検査中のいかなる場合にも私に対して適用されることの説明も受けました。

患者さん署名 _____ 日付 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

または
保護者
代理人署名 _____ 日付 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

同席者署名 _____ 日付 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

上部消化管内視鏡検査に対する同意書

座間総合病院院長 殿

医師から：私は、患者さんに行おうとする上部消化管内視鏡検査の内容・目的・必要性、及び、含まれる危険性、起こりうる合併症について説明しました。

説明医師の署名 _____

同席看護師の署名 _____ 日付 20____年 ____月 ____日

偶発症

前処置によるものでは麻酔剤(リドカイン)アレルギー(ショック・呼吸困難・血圧低下など)などがあります(頻度 0.0059%)

検査によるものでは出血・穿孔・生検による出血などがあります(頻度 0.012%) 万一発生した時には最善の処置を致します。

発生頻度は日本消化器内視鏡学会 1998-2002 年全国調査による胃カメラ全体の結果です

私 _____ (患者さん氏名または保護者、法的代理人)は、

(_____ (患者さん氏名)の代理人として)、

今回の上部消化管内視鏡検査に同意し、これを依頼いたします。

私は医師から、本検査の内容・目的・必要性、及び、含まれる危険性・起こりうる合併症について十分な説明を受けました。私の質問に対しては、医師から満足 of いく回答が得られました。

私の担当医は、万が一、上記の検査中予期しない緊急状況が発生した場合は、全力を挙げて、考えられるすべての最善の治療処置を講ずることを約束しました。また、これは貴病院の方針であり、検査中のいかなる場合にも私に対して適用されることの説明も受けました。

患者さん署名 _____ 日付 20____年 ____月 ____日

または
保護者
代理人署名 _____ 日付 20____年 ____月 ____日

同席者署名 _____ 日付 20____年 ____月 ____日