

上部消化管内視鏡検査の説明および同意書(外来)

本帳票は上部消化管内視鏡検査を受診いただく方にご案内しております。

検査の目的・内容をご理解いただき裏面の同意書にご記入ください。

【概要】

上部消化管内視鏡(胃カメラ)検査は、食道・胃・十二指腸(一部)のがん、ポリープ、炎症などの病気を発見する最も精度の高い検査です。口から挿入する内視鏡は、柔らかく、鉛筆くらいの太さなので、挿入されても呼吸ができなくなることはありません。

【検査まで】

① 午前中の検査の場合は、検査前日の夜 10 時以降絶食いただき、当日は食事を摂らないでください。午後から検査の場合は、当日は検査の 7 時間前(朝 7 時)までにお食事を済ませてください。食事内容は軽食にとどめてください。軽食の目安は食パン半分程度、素うどん 2 分の 1 杯程度、白ご飯 2 分の 1 杯程度です。検査の 1 時間半前までは水、お茶、スポーツ飲料等の透明な飲料に限り水分補給はかまいません。

◆ 注意事項：以前の検査で胃内に残渣が残っているとされたことがある方は、午後に検査ができません。食物の消化の早さには個人差があり、上記をお守りいただいても胃への残留物があり、正確な検査が行えない場合があります。食事を取る場合はその点をどうぞあらかじめご了承ください。そういった事態を避けるには、なるべく当日の御食事はお控えいただくことをお勧めします。

② 当日朝の心臓や血圧の内服薬は通常通り内服してください。当日朝の糖尿病のインスリンは中止してください。血をさらさらにする薬を内服されている場合は、前もって中止する場合がありますので医師と相談してください。

【検査の実際】

① 検査時間の目安は約 5 分です。

② 検査中に口の中に溜まってくる唾液は、飲み込まずに、垂れ流してください。

③ 検査中に異常が疑われる場合は、色素を撒布したり、良性・悪性の診断やピロリ菌感染の診断を目的に粘膜組織の一部を採取(生検)する精密検査を行います。

【起こりうる偶発症(十分注意しても、事前に「絶対ない」と言い切れないもの)】

① カメラがこすれることや嘔吐による喉(のど)から十二指腸までの粘膜裂傷、出血、穿孔(穴があくこと)

② 粘膜組織の一部を採取すること(生検)による出血

③ 使用する薬剤(咽頭麻酔剤・鎮痙剤・鎮静剤)によるアレルギーショック・低血糖・不整脈など

④ 咽頭の損傷・穿孔、誤えん性肺炎

⑤ 治療中の病気(脳梗塞・心筋梗塞など)の悪化、その他

日本消化器内視鏡学会が行った第 5 回全国集計(2010 年)では、これらの合併症は 0.005%、死亡例も 0.00019%と報告されています。

このような偶発症を避けるべく細心の注意を払いますが、万一生じた場合には最善の対処を致します。ただし、止むなく処置(入院、手術を含む)が必要になった場合の医療費は患者様の負担となりますのでご了承ください。

【生検(組織採取)】

小さな早期がんは、炎症との区別が難しく、その診断には組織の一部(数 mm)を摘み取って、顕微鏡でその組織を詳しく調べる必要があります。但し、この時生検後の出血を防ぐため、血液の固まりにくくなる薬を服用されている方は摘み取ることができません(生検前後で合わせて、およそ7~10日間の休薬が必要になります。これらの薬の休薬については主治医と事前に相談してください)。

また、生検後はまれに出血をきたすことがあるため、2~3日は飲酒・旅行は控えて頂きます。

保険診療となった場合の料金の目安は、1割負担の場合およそ1,300円~5,500円、3割負担の場合およそ4,000円~15,000円です(使用薬剤、処置内容、生検個数により異なります)。

同意書

医療法人瑞和会ラッフルズメディカル大阪クリニック 理事長 大西 洋一 殿

私は、上部消化管内視鏡検査および治療を受けるにあたり、その必要性、安全性(偶発症、副作用)、方法について文書(上記の記載事項)または口頭にて説明を受け、よく理解しましたので、その実施を同意します。

年 月 日 患者署名もしくは代理署名

(緊急時のご連絡先)

御芳名 続柄 電話番号

年 月 日 説明医師もしくは看護師

■生検(組織採取)が必要な病変が見られた場合の選択肢として、以下のうちいずれかの□に✓を記入ください。

□生検を担当医の判断に任せる。※当日担当医師により実施できない場合があります。

□今回は生検を希望しません。後日再検査を希望します。

医師指示欄		看護師記入欄	
<input type="checkbox"/> 経口 / 経鼻	<input type="checkbox"/> キシロカインアレルギー	あり	なし
<input type="checkbox"/> フリビナ液0.05% 鼻腔内散布	<input type="checkbox"/> 既往歴		なし
<input type="checkbox"/> キシロカインビスカス 経口投与	<input type="checkbox"/> 心疾患	緑内障	前立腺肥大
<input type="checkbox"/> ブスコパン20mg/1ml 筋肉内注射 / ミンクリア 胃内散布	<input type="checkbox"/> 高血圧	糖尿病	
<input type="checkbox"/> 鎮静 有 / 無	<input type="checkbox"/> 抗凝固剤服用	あり	なし
<input type="checkbox"/> ガスコンドロップ	<input type="checkbox"/> 義歯	あり	なし
<input type="checkbox"/> その他 ()			
医師 サイン		実施者 サイン	