

上部消化管内視鏡検査の説明および同意書

本帳票は上部消化管内視鏡検査をご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、裏面にございます同意書にご記入のうえ、当日受付にご提出いただきますようお願い申し上げます。

妊娠中の方や授乳中の方は必ず事前にスタッフにお知らせください。

妊娠中の方の健診での胃カメラについて、母子への負担や影響を考慮して当院では原則お断りさせていただいています。ご了承ください。

【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。

【食事について】

《午前の方》

検査前日の**夜 21 時まで**にお食事を済ませてください。

《午後の方》

検査当日の**朝 7 時まで**に消化の良い軽めのお食事を済ませてください。(お茶碗半量程度の白米等)

検査の1時間半前までは水、お茶に限り水分補給は可能です。

【お薬について】

当日朝の心臓や血圧の内服薬は朝7時まで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、血糖降下薬は中止もしくは主治医の指示に従ってください。**

血をさらさらにする薬を内服されている場合は、生検が出来ない場合がありますのでご了承ください。

【検査の実際】

- ① 検査時間の目安は約 10 分です。
- ② 胃の中を見やすくするために消泡薬を内服し、経鼻の場合は鼻にゼリー状の麻酔薬で麻酔します。
- ③ 経口から行う場合は、凍らせた麻酔薬を口に含んでいただき、少しずつ内服していただきます。
- ④ ベッドに左横で寝ていただき、鼻または口からカメラを挿入し、食道、胃、十二指腸を観察します。
- ⑤ 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。
- ⑥ 必要とされる場合は、粘膜の一部を採取し(生検)、後日顕微鏡で観察(病理学的検査)を行います。生検に痛みは伴いません。止血を確認して終了しますが、必要時には止血術を行う場合があります。

【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。

また、生検後はまれに出血をきたすことがあるため、当日の飲酒や刺激物は控えて頂きます。

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)。

【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 使用する薬剤（咽頭麻酔剤）によるアレルギーショック・低血糖・不整脈など
- ③ 鼻腔咽頭の損傷・穿孔、誤えん性肺炎
- ④ 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、やむなく処置(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。

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 本人署名もしくは代理署名

本人電話番号

(緊急時のご連絡先) ※ご本人以外

御芳名 続柄 電話番号

年 月 日 医師

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。

看護師記入欄

- | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 経口 / 経鼻 (左 ・ 右) | <input type="checkbox"/> キシロカインビスカス内服 |
| <input type="checkbox"/> ガスコンドロップ内服 | <input type="checkbox"/> キシロカインスプレー |
| <input type="checkbox"/> プリピナ液 0.05% 鼻腔内散布 | <input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ IgG あり |
| <input type="checkbox"/> キシロカインゼリー 鼻腔内投与 | <input type="checkbox"/> その他 () |

実施者サイン