

経鼻的食道・胃・十二指腸内視鏡検査説明書

私は、患者 殿（ 歳）及び、親族又は代理人に対して、検査の内容、必要性、危険性、起こりえる偶発症・合併症などについて次のように説明いたしました。

目的：細径の内視鏡を鼻から挿入し、食道・胃・十二指腸を観察して病気の有無や程度を評価します。

- 方法：1. 検査前に観察しやすくなるために消泡剤と粘液除去剤を飲みます。
2. 鼻の通りをよくする薬と麻酔液を鼻の中に注入します。
3. 麻酔薬を付けた柔らかいチューブを鼻の中に入れます。
4. 内視鏡を鼻から入れて、喉を通過して食道・胃・十二指腸を観察します。
5. 検査中に病気が疑われる部位が見つかった場合、組織を一部採取することがあります。（生検）
6. 観察を補助するために色素を散布することがあります。

特徴：検査に使われる内視鏡は約5mmと細いため、鼻から入れることができます。内視鏡が細いことと鼻から入れることで喉への刺激が少なく、口から入れる時に比べて嘔吐反射（“オエッ” となる反射）が出づらいつとわれています。（個人差があり感じ方は様々です）

起こる可能性のある偶発症や合併症・欠点など：

- ・内視鏡の挿入や生検による消化管粘膜の障害（出血含む）、臓器の裂傷や穿孔
- ・検査前後に使用した薬剤によるアレルギーなどの副作用
- ・検査中の血圧変動などによる持病の悪化
- ・鼻痛（検査前の麻酔時、内視鏡挿入時、検査後に痛みを感じる場合があります）
- ・鼻出血（起こる頻度は2～5%です）
- ・鼻から入れられないことがあります。（この場合、口から検査を行うか、中止になります。）
- ・細径であるために従来の内視鏡に比べて画質が劣ります。
そのために検査時間が長くなります。また、詳細な観察や処置が必要になった場合、改めて口から通常の内視鏡で再検査を行うことがあります。

偶発症や合併症などが起こらぬように細心の注意を持って検査を行います。万一の事態が生じた場合は最善の対応を致しますが、その際に緊急の処置・手術・入院が必要になることもあります。



同意書

患者氏名 _____ 様 (性別: _____) (_____ 年 _____ 月 _____ 日生)

診断名: _____

予定される・治療名: 経鼻的食道・胃・十二指腸内視鏡検査

検査・治療の説明に使用した説明文の名前: 経鼻的食道・胃・十二指腸内視鏡検査説明書

検査・治療の予定日または期間: _____

説明年月日: _____

医師氏名: _____ ㊟

同席者 職種 _____ 氏名: _____ ㊟

※直筆の場合押印不要

以下の項目のいずれかに○をつけ、サインをしてください。

1. 私は上記内容の説明を受け、納得したので検査・治療を受けることに同意をします。
2. 私は上記内容の説明を受けましたが、検査・治療を受けることに同意をしません。
3. 私は、セカンドオピニオン（他の専門医などの意見）を希望します。

※同意された後でもその同意はいつでも撤回することができます。

※本人が署名できない場合や未成年の場合には、代理人または保護者等が署名をしてください。

※不明な点がありましたら、いつでも遠慮なくおたずねください。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____

患者住所 _____ TEL _____

親族または代理人（続柄 _____） 氏名 _____

親族または代理人住所 _____ TEL _____

