

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、下記手術・検査・麻酔の必要性、危険性、及び合併症などについて次のように説明いたしました。

手術・検査・麻酔の名称：食道・胃・十二指腸 内視鏡検査

手術・検査等内容：

この検査は、内視鏡を口から食道・胃・十二指腸に入れて、炎症や潰瘍、ポリープや癌などを診断するためのものです。その際に、病変の一部を採って組織検査をしたり、ポリープや早期癌の切除、出血している病変の止血などを行うことがあります。

検査を楽に行うために、喉の麻酔や胃の緊張をとる鎮痙剤、苦痛を和らげるための鎮静剤を使用することがあります。薬の反応で動悸がしたり、目がチカチカしたり、口が乾いたり、眠気を催すことがあります。不整脈や虚血性心疾患、緑内障、前立腺肥大を指摘された方、薬のアレルギーや体調に異常のある方は検査前にお申し出ください。

検査当日は自転車やバイク、自動車の運転は絶対におやめください。

内視鏡の挿入時、組織を採ったり、ポリープなどを切除した後、まれに出血や穿孔などの偶発症を引き起こすことがあります。また、ごくまれに薬剤アレルギーによる発疹や血圧低下、呼吸困難などを引き起こすこともあります。

なお、過去5年間の全国集計では偶発症の発生頻度は0.012%（8000名に1名の割合）でした。万一、上記のような偶発症が起こった場合、大事にいたらぬよう万全の対応を致しますが、必要に応じ、入院や緊急の処置、手術を要する場合があります。

なお、当院では手術による感染症を防止するために、術前にB型及びC型肝炎、梅毒検査を行っておりますので、ご了承いただきたいと存じます。



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: 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: 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 _____

