

大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：大腸内視鏡検査

手術・検査等内容：

この検査は、肛門から内視鏡を挿入して、直腸から盲腸までを観察し、癌やポリープ、炎症の有無などを調べるために行います。その際、病変の一部を取って組織検査を行ったり、ポリープや早期癌の粘膜を切除して治療を行うこともあります。

また、腸の緊張をとる鎮痙剤や苦痛を和らげるために鎮静剤を注射することがあります。

不整脈、虚血性心疾患、緑内障、前立せん肥大を指摘された方や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やめてください。

起こりうる合併症・予後等

内視鏡の挿入や組織採取、ポリープなどの切除の際にごくまれに穿孔や出血などの偶発症が起きることがあります。特に下腹部の手術や放射線治療を受けたことのある方は、腸の癒着が強く注意が必要なので、検査前に必ずお申し出ください。

検査中に気分不快、血圧の上昇や低下、除脈を来したり、強い痛みがあった場合は検査を中断したり、注射や点滴などの処置が必要になる場合があります。

これらの偶発症発生の頻度は過去5年間の全国集計で0.069%（1400名に1人）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: 大腸内視鏡検査

検査・治療の説明に使用した説明文の名前: 大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 _____

