

検査日：

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査の説明と同意書

1. 検査前の注意

前処置：喉の奥に局所麻酔を行います。キシロカイン（塩酸リドカイン）を使用します。

※ これまで麻酔薬で、アレルギー、ショック、気分不良などあった方は必ず申し出て下さい。

前投薬：検査がしやすいように、胃の蠕動運動抑制剤(ブスコパン)を使用することがあります。

副作用で目がぼやける、気分不良、動悸、口渇など出ることがありますが、数時間でおさまります。

※ 心筋梗塞、狭心症、不整脈、緑内障、前立腺肥大 がある方は必ず申し出て下さい。

2. 検査時の注意

内視鏡の接触、嘔吐反射、「生検」などの処置によって、疼痛や出血が起こることがあります。

※ 出血が止まりにくくなる薬（抗血栓薬）を服用中の方は必ず申し出て下さい。
また、お薬手帳をお持ちの方は看護師にお渡しください。

施行医師が必要と判断した場合、説明の上、下記の処置をすることがあります
(その場合、検査とは別に料金がかかりますので、予めご了承下さい。)

「生検」：粘膜の状態を見るために粘膜の一部を採取すること。

「ピロリ菌検査」：ピロリ菌感染があるか、胃粘膜の一部を採取する検査。

3. 検査後の注意

検査後に、潰瘍や出血をきたす場合があります。

墨のような黒い便が出た場合には、すぐに病院に連絡して下さい。

処置後2、3日の間、飲酒、喫煙、旅行などはできるだけ控えるようにして下さい。

なお、中止薬剤の再開日に関しては担当医にご確認ください。

4. 検査による危険性・合併症

きわめて稀ですが、大出血や穿孔（消化管が破れること）を起こすことがあります。場合によっては緊急入院になります。対応として、緊急輸血、緊急開腹手術、その他の治療が必要になる場合もあります。

令和 年 月 日 説明医 _____

【胃カメラ検査に対する同意書】

検査について説明を受け、内容を理解したうえで、検査を受けることに同意します。

なお、緊急の場合または医学上の立場から、処置の変更をする場合には、その処置を受けることについても納得し同意します。

令和 年 月 日

【患者】 氏名 _____ 印

【代理人】 氏名 _____ 印（続柄： _____）

検査日：

上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査の説明と同意書

1. 検査前の注意

前処置：喉の奥に局所麻酔を行います。キシロカイン（塩酸リドカイン）を使用します。

※ これまで麻酔薬で、アレルギー、ショック、気分不良などあった方は必ず申し出て下さい。

前投薬：検査がしやすいように、胃の蠕動運動抑制剤(ブスコパン)を使用することがあります。

副作用で目がぼやける、気分不良、動悸、口渇など出ることがありますが、数時間でおさまります。

※ 心筋梗塞、狭心症、不整脈、緑内障、前立腺肥大 がある方は必ず申し出て下さい。

2. 検査時の注意

内視鏡の接触、嘔吐反射、「生検」などの処置によって、疼痛や出血が起こることがあります。

※ 出血が止まりにくくなる薬（抗血栓薬）を服用中の方は必ず申し出て下さい。
また、お薬手帳をお持ちの方は看護師にお渡しください。

施行医師が必要と判断した場合、説明の上、下記の処置をすることがあります
(その場合、検査とは別に料金がかかりますので、予めご了承下さい。)

「生検」：粘膜の状態を見るために粘膜の一部を採取すること。

「ピロリ菌検査」：ピロリ菌感染があるか、胃粘膜の一部を採取する検査。

3. 検査後の注意

検査後に、潰瘍や出血をきたす場合があります。

墨のような黒い便が出た場合には、すぐに病院に連絡して下さい。

処置後2、3日の間、飲酒、喫煙、旅行などはできるだけ控えるようにして下さい。

なお、中止薬剤の再開日に関しては担当医にご確認ください。

4. 検査による危険性・合併症

きわめて稀ですが、大出血や穿孔（消化管が破れること）を起こすことがあります。場合によっては緊急入院になります。対応として、緊急輸血、緊急開腹手術、その他の治療が必要になる場合もあります。

令和 年 月 日 説明医

【胃カメラ検査に対する同意書】

検査について説明を受け、内容を理解したうえで、検査を受けることに同意します。

なお、緊急の場合または医学上の立場から、処置の変更をする場合には、その処置を受けることについても納得し同意します。

令和 年 月 日

【患者】 氏名 _____ 印

【代理人】 氏名 _____ 印（続柄： _____）

検査日：

抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡処置の説明と同意書

【抗血栓療法下での消化器内視鏡検査・処置について】

心筋梗塞、狭心症、脳梗塞、深部静脈血栓症などの疾患に用いられる抗血栓療法は、血栓症や塞栓症の予防を行う治療法です。それを中止する事は、治療中の病気の悪化や、血栓塞栓症を発症させる危険性があると予測されますが、中止せず消化器内視鏡処置を行うことは、出血の危険性を増大させてしまう可能性が考えられます。

このため抗血栓療法中の方に対して消化器内視鏡検査や治療を行う場合は、抗血栓療法による消化管出血の危険性と抗血栓療法の一時中止による血栓塞栓症発症の危険性の両方を考慮しなければなりません。

【今回、予定している検査や処置の内容について】

- 胃カメラ、必要に応じて生検 胃カメラ／大腸カメラ、観察のみ 胃ポリープ切除術
 大腸カメラ、必要に応じて生検やポリープ切除術

【今回の対応について】

今回、消化器内視鏡検査や治療を行うにあたって、「消化管出血の危険性」と、「血栓塞栓症発症の危険性」などを考慮し、下記の対応を考えました。

- 抗血栓薬を続けながら、内視鏡検査を行う。
 抗血栓薬を全て中止して、内視鏡検査を行う。
 一部の抗血栓薬を続け、他の抗血栓薬を中止して、内視鏡検査を行う。
 上記以外の対応：対応内容()

【合併症(偶発症)】

消化管出血に対しては、出血に対する十分な予防措置をとり、必要に応じて内視鏡的止血術等を行います。多くは、内科的治療(入院、絶食、点滴、投薬など)で改善しますが、まれに輸血や外科的手術が必要になる場合もあります。血栓塞栓症については重篤な場合も多く、必要に応じて専門医の治療を受けていただくこととなります。

なお、出血の危険性が非常に高いと判断されるなどの場合、予定していた処置を中止することがあります。

令和 年 月 日 説明医 _____

【検査・処置に対する同意書】

上記の内容を理解し、検査・処置を受けることに同意します。
なお、緊急の場合または医学上の立場から、処置の変更をする場合には、その処置を受けることについても納得し同意します。

令和 年 月 日

【患者】 氏名 _____ 印

【代理人】 氏名 _____ 印 (続柄:)

検査日：

抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡処置の説明と同意書

【抗血栓療法下での消化器内視鏡検査・処置について】

心筋梗塞、狭心症、脳梗塞、深部静脈血栓症などの疾患に用いられる抗血栓療法は、血栓症や塞栓症の予防を行う治療法です。それを中止する事は、治療中の病気の悪化や、血栓塞栓症を発症させる危険性があると予測されますが、中止せず消化器内視鏡処置を行うことは、出血の危険性を増大させてしまう可能性が考えられます。

このため抗血栓療法中の方に対して消化器内視鏡検査や治療を行う場合は、抗血栓療法による消化管出血の危険性と抗血栓療法の一時中止による血栓塞栓症発症の危険性の両方を考慮しなければなりません。

【今回、予定している検査や処置の内容について】

- 胃カメラ、必要に応じて生検 胃カメラ／大腸カメラ、観察のみ 胃ポリープ切除術
 大腸カメラ、必要に応じて生検やポリープ切除術

【今回の対応について】

今回、消化器内視鏡検査や治療を行うにあたって、「消化管出血の危険性」と、「血栓塞栓症発症の危険性」などを考慮し、下記の対応を考えました。

- 抗血栓薬を続けながら、内視鏡検査を行う。
 抗血栓薬を全て中止して、内視鏡検査を行う。
 一部の抗血栓薬を続け、他の抗血栓薬を中止して、内視鏡検査を行う。
 上記以外の対応：対応内容()

【合併症(偶発症)】

消化管出血に対しては、出血に対する十分な予防措置をとり、必要に応じて内視鏡的止血術等を行います。多くは、内科的治療(入院、絶食、点滴、投薬など)で改善しますが、まれに輸血や外科的手術が必要になる場合もあります。血栓塞栓症については重篤な場合も多く、必要に応じて専門医の治療を受けていただくこととなります。

なお、出血の危険性が非常に高いと判断されるなどの場合、予定していた処置を中止することがあります。

令和 年 月 日 説明医 _____

【検査・処置に対する同意書】

上記の内容を理解し、検査・処置を受けることに同意します。
なお、緊急の場合または医学上の立場から、処置の変更をする場合には、その処置を受けることについても納得し同意します。

令和 年 月 日

【患者】 氏名 _____ 印

【代理人】 氏名 _____ 印 (続柄:)