

上部消化管内視鏡検査の説明書および意思確認書

患者 _____ 様に、上部消化管内視鏡検査について以下のように説明しました。

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 : 説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明者署名 _____

当日は検査時間の15分前 [_____ : _____] 外来受付にお越しください。

午前検査の方は 前日21時以降は禁食。飲水は（水かお茶）起床時カップ1杯程度可能
（血圧、喘息の薬は十分なお水で内服してください）

午後検査 当日朝7時まで済ませてください。食事はトースト1枚、コーヒー又は紅茶、ミルクは200ccまで。
内服も済ませてください。（血圧、心臓、喘息の薬はお飲みください）飲水（水かお茶）は昼まで可能です。

【検査目的】

胃内視鏡検査(胃カメラ)は食道・胃・十二指腸にできる病気(ポリープ・がん・炎症など)を発見し、適切な治療方法を選択するために行います。

【上部消化管内視鏡検査方法】

のどに麻酔をかけて、内視鏡を口（または鼻）から挿入し消化管を観察します。

検査は約5～10分程度で終了しますが、詳細な観察が必要な際にさらに時間がかかる場合もあります。

脳梗塞や心臓病などのため血液をサラサラにする薬（ワーファリン・イグザレルト・バイアスピリン・プラビックスなど）を服用している場合は、生検ができない場合があります。また経鼻内視鏡検査も鼻出血のリスクを考慮してお受けできない場合があります。

経鼻からの挿入は当日の鼻腔の状態（花粉症・鼻炎・蓄膿症で腫れて狭くなっている等）で挿入不可能な場合があります。その場合当日の医師の判断で経口へ変更していただくことになります。

また検査中に、病変が見つかった場合、必要に応じて以下の処置を行うことがあります。

《生検》組織の一部を採取し細胞の検査を行います。この検査結果は2週間後以降に外来で行います。

この場合2日間の禁酒・食事制限などが必要になりますが検査後に注意事項の詳細を説明します。

《色素撒布》人体に安全な色素を撒布して病変を明瞭にして診断の参考とします。

散布した場合、一時的に尿・便が青くなる可能性があります。人体に大きな影響はありません。

検査後、観察のみで終わった方は咽頭の麻酔が取れて水をむせずに飲めるのを確認できれば食事ができます。（経口検査後1時間、経鼻検査後30分を目安にしてください）

【起こりうる合併症】注意して検査を実施しても頻度は低いが起こりうる合併症について

検査は細心の注意を払い慎重に行いますが、内視鏡による危険性として次の合併症が報告されています。

- 1) 出血：0.1%未満（約1,000人に1人未満）
- 2) 穿孔（胃に穴があくこと）：0.01%未満（約10,000人に1人未満）、
- 3) ショック：0.001%未満（約100,000人に1人未満）

このような場合には、止血処理・輸血・外科的手術あるいは蘇生などの緊急処置、入院施設のある病院への搬送が必要になります。

- 4) その他 喉の痛み、鼻腔の痛みが残ることがあります。これは1～7日で消失します。

検査全体での死亡率は0.001%未満（約100,000人に1人未満）と報告されています。偶発症や緊急事態が生じた場合には、責任を持って対応致しますが治療費は患者さん負担の保険診療となります。

【鎮静剤の使用について】

当クリニックでは、鎮静剤を使用しない内視鏡検査は行っていません。

【問い合わせ先】 新浦安虎の門クリニック （外来）047-381-2090

私は、裏面の説明書を読んで内容について理解し、以下の様に決定しました。（✓で記入）

検査を受けます 受けません 今は判断できません（判断保留）

観察の結果、追加で病理検査（生検）、異物（寄生虫アニサキスなど）除去が必要な場合

基本的な検査料に病理検査または異物除去手術費用として4,000～6,000円の追加料金がかかります。

追加検査・処置を希望する 希望しない 今は判断できません（判断保留）

当日、来院時の血圧測定値が180/110以上の場合、医師の判断で検査できない場合があります

上記、血圧についての説明を確認しました

_____年_____月_____日

本人署名（自署）または代理人署名 _____（続柄 _____）

未成年者の場合には親権者、本人が署名できない場合には意思決定を代行できる代理人の署名が必要です。

緊急時連絡先(本人以外): 自宅電話 携帯電話 _____

氏名 _____（続柄: _____）

上部消化管内視鏡検査のための問診

診察券番号: _____ 氏名(加付): _____様 年齢: _____歳 性別(男・女)

以下の質問で当てはまる項目にレ印または、○で囲んでください

1. 以下の3項目にアレルギーはありますか？

いいえ はい〔麻酔薬キシロカイン・消毒用アルコール・ラテックス手袋〕

2. 血をサラサラにする薬（抗血栓薬や抗凝固薬）を飲まれていますか？

いいえ はい〔ワーファリン・イグザレルト・バイアスピリン・プラビックス・その他: _____〕

→ 休薬なし服用中 休薬している期間: _____ / _____ ~ _____ / _____

3. ヘリコバクター・ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？

いいえ はい（検査日: _____年_____月_____日） 当院・他院

ピロリ菌がいた（陽性）が、除菌治療はしていない

ピロリ菌がいた（陽性）が、除菌治療をして成功を確認した

ピロリ菌がいて（陽性）、除菌治療をしたが失敗した

ピロリ菌はいなかった（陰性）

その他（ _____ ） ※詳細不明、除菌判定前など

4. 過去に食道・胃・十二指腸で指摘された病気や手術歴はありますか？その時期と詳細を教えてください。

いいえ はい（ _____ ）

5. 今までに、胃カメラ（上部内視鏡検査）を受けたことはありますか？

いいえ はい 経口・経鼻（前回検査日: _____年_____月_____日） 当院・他院

6. 本日はどちらの検査を希望しますか？

経口 経鼻

7. 義歯の使用やぐらぐらして抜けてしまいそうな歯はありますか？

いいえ 義歯使用中（外した・外さず検査する） ぐらぐら不安定な歯がある（ _____ ）

8. 現在、以下であてはまるものはありますか？

いいえ はい（糖尿病・高血圧・狭心症・心筋梗塞・脳卒中による麻痺）他（ _____ ）

9. (女性の方のみ) 現在妊娠中または、妊娠している可能性はありますか？ 現在授乳中ですか？

いいえ はい 授乳中