

下部消化管内視鏡検査の説明および意思確認書

新浦安虎の門クリニック院長殿

検査日時 年 月 日 () 時 分

※当日は検査予約時間の15分前までにお越しください。

患者 様 に下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。

説明日 月 日 説明者署名

—説明項目—

【検査目的】

下部消化管内視鏡(大腸カメラ)検査は、肛門から内視鏡(約12mm径)を挿入し小腸までの下部消化管を内視鏡を用いて観察し、がん、ポリープ、炎症などの病気を発見する最も精度の高い検査です。また、病変部の組織を採取することができ、病理検査により診断が可能となります。

【下部消化管内視鏡検査方法】

- ・前処置(腸の洗浄)が十分でない場合には詳細な検査ができませんので、検査当日腸管洗浄液を飲んで頂き検査を行います。
- ・鎮痙剤(腸の動きを止める薬)を注射した後、肛門を指で診察し、内視鏡にゼリー状の麻酔薬を塗り内視鏡を挿入します。(持病がある場合、鎮痙剤は使用できない場合があります)
- ・検査時間は約20～30分程になります。また検査中に異常を疑う所見が認められた場合には必要に応じて次のようなことが行われます。
 - 1 粘膜組織の一部を採取し、細胞や組織の検査を行います。
 - 2 病変部位に色素を散布し、病変を明瞭にして診断の手助けとします。
 - 3 ポリープを認めた場合、内視鏡的摘出術および大腸粘膜切除術などを行います。(検査、治療時間が30～40分程)治療後の入院などは必要ありません。

【起こりうる偶発症(注意しても、事前に「絶対ない」とは言い切れないもの)】

- ① カメラがこすれることによる粘膜裂傷や出血や消化管穿孔(穴があくこと)。
- ② 粘膜組織の一部を採取することやポリープ切除に伴う出血や消化管穿孔。
- ③ 使用する薬剤(鎮痙剤)によるアレルギーショック・低血糖・不整脈など。
- ④ 治療中の病気(脳梗塞・心筋梗塞など)の悪化、その他

日本消化器内視鏡学会が5年ごとに行う全国集計では、これらの頻度は0.73%、死亡率は0.00082%、ポリープ切除に伴う偶発症は0.390%と報告されています。

このような偶発症を避けるべく細心の注意を払いますが、万一生じた場合には最善の対処を致します。ただし、やむなく処置(入院、手術を含む)が必要になった場合は入院施設へ紹介となります。医療費は患者さんの負担となりますのでご了承下さい。

【鎮静剤の使用について】

当クリニックでは、鎮静剤を使用しての内視鏡検査は行っておりません。

【検査料金の目安】

◆外来時（保険 3 割負担の場合）

- ・大腸内視鏡検査のみ：6000 円程度
- ・大腸内視鏡検査+組織検査（生検）；10000～20000 円程度
- ・大腸内視鏡検査+ポリープ切除術：30000～40000 円程度

◆健診時（自費診療）

- ・検査観察のみ：19800 円（健保により自己負担金が変わります）
- ・大腸内視鏡検査+組織検査（生検）：上記プラス 4 000 円～12000 円程度
（生検検査分保険適応 3 割負担での自己負担額）
- ・大腸内視鏡検査+ポリープ切除術：30000～4 0000 円程度
ポリープ切除術をした場合健診扱いではなく治療になるため外来診療（全額保険診療）になります。
この場合健保からの補助適応外になります。

- ・当院では各種クレジットカードもご使用いただけます。

【ポリープ切除をした場合】

- ・ポリープの大きさによって手技が異なり、3 日～7 日程度の食事制限・禁酒が必要となります。
激しい運動や旅行も控えていただく場合があります。
検査日とその後のご予定等に余裕があるか再度ご確認ください。
病理診断の結果は約 2 週間後当院外来にてご説明します。再診予約のご案内をいたします。
- ・ポリープの切除は「日帰り手術扱い」として生命保険・がん保険など各種保険会社に請求できる場合があります。保険会社へご確認いただき必要書類をご提出ください。
書類の記載には病理診断の結果説明後、2 週間程度お時間をいただきます。

【検査予約キャンセルについて】

- ・検査をキャンセルされる場合、予約枠調整が必要なため早めにご連絡ください。
- ・既にお渡し済の事前薬の払い戻しは行っておりません。ご了承ください。

【来院方法】

- ・ご家族等による送迎、徒歩又は公共交通手段をご利用ください。
鎮痙剤の作用による散瞳（視野がまぶしく感じる）や検査による疲労で安全な運転が出来なくなる恐れがあります。

【問い合わせ先】

ご不明な点やご不安なことは当クリニックまでお問い合わせください。

新浦安虎の門クリニック （外来部）047-381-2090 （健診部）047-381-2088

【内服・既往確認】

◆該当する項目の□に✓マークを記入し詳細を記載してください。

□抗凝固剤・抗血栓薬（血をサラサラにする・出血が止まりにくくなる薬）を服用している
事前に主治医へ休薬できるか確認をお願いします。 確認済□・確認していない□

（内服薬名 休薬出来ない・（ ）から休薬している）

休薬できない場合：内視鏡検査を実施する医師の判断で当日の検査では観察のみとし、
後日改めてポリープ切除などの処置を目的とした再検査が必要になる場合があります。

□高血圧がある。当日朝分をお食事に関係なく服用してください。

□ペースメーカー使用している。検査・治療機器に制限があるため必ずお知らせください。

□糖尿病がある。（禁忌：グルカゴン×）

検査当日、食事ができませんので低血糖予防のため糖尿病の薬は服用しないでください。

□不整脈がある。（禁忌：ブスコパン×）

□緑内障がある。（禁忌：ブスコパン×）

□前立腺肥大がある。（禁忌：ブスコパン×）

□大腸疾患・腹部の手術歴・婦人科既往がある。

（大腸がん・大腸ポリープ・腹部手術歴（ ）・婦人科（ ））

◆アレルギーについて該当するものに○をしてください

（リドカイン（キシロカイン） ・ アルコール消毒 ・ ラテックス ・ 該当なし）

—意思確認書— （原本は当院で保管させていただきます）

新浦安虎の門クリニック院長殿

私は、説明を受け、内容について理解しました。

私は、説明された診療行為について、以下の様に決定しました。（✓で記入）

□ 受けます □受けません □今は判断できません（判断保留）

ポリープがあった場合

□ ポリープ切除希望する □ポリープ切除しない □今は判断できません（判断保留）

_____年 _____月 _____日

本人署名（自署） _____

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：_____)