

上部消化管内視鏡検査についての説明書・同意書

この文書は、上部消化管内視鏡検査について、その目的・内容・危険性等を説明するものです。

1. 検査の目的

上部消化管とは食道・胃・十二指腸を指します。鼻もしくは口から内視鏡を挿入し、これらの部位にできる病気を発見・治療するために行います。

観察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。

- 1) 組織の部を採取し、細胞の検査を行います。(生検)
- 2) 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。(色素撒布)
- 3) 上部消化管内の異物やアニサキスを除去します。(異物除去)

強い咽頭反射や合併症が起こった場合は、検査を中止することがあります。

2. 検査前の注意事項

①食事について

検査前日は夕食を午後9時までに済ませてください。それ以降に食事を召し上がった場合は、十分な検査ができない可能性がありますのでご注意ください。なお、受付時間の1時間位前までであれば水やお茶などの透明な飲み物はお飲みいただけます。

②内服薬について (別紙「上部消化管内視鏡検査をお受けになる方へ」をご確認下さい。)

・抗血栓薬(血がサラサラになる薬)を内服されている方

抗血栓薬をお飲みの方はお飲みでない方と比べて、生検後の出血リスクが高くなることが報告されています。そのため、抗血栓薬を一時休薬したほうが出血の危険は減りますが、一方で抗血栓薬を休薬すると脳梗塞や心筋梗塞などの重篤な血栓症の発症リスクが高くなります。生検検査の必要性や出血・血栓症のリスクを勘案し、医師が抗血栓薬を継続するか休薬するかを指示しますので、それに従って内服を継続または休薬してください。なお、自己判断での休薬は危険ですのでおやめください。

・血圧の薬、てんかんの薬、抗精神病薬、不整脈の薬を内服されている方

⇒当日朝も普段通りに薬を飲んでください。

・糖尿病の薬(血糖を下げる薬)を内服されている方

⇒当日朝は、薬を飲まないでください。

3. 検査後の注意事項

☑検査後は、のどの麻酔が効いていますので、原則1時間は飲食を控えてください。

飲食する際には、まず少量の水を飲んでいただき、むせることがないことを確認してから食事を開始してください。

☑生検検査後は出血を防ぐため、検査後のお食事はなるべく消化の良いものにしてください。

また、生検施行後の夜はアルコール摂取ができませんのでご了承ください。

生検後は、帰宅後にも再出血することがまれにありますので体調不良・吐血・黒色便などがありましたら、ご連絡ください。

4. 合併症・偶発症について

①前処置によるもの

喉・鼻の麻酔薬によるアレルギー反応

②検査によるもの

喉の痛みや腹痛などの症状が生じる可能性があります。通常は数日で消失します。口からの検査の場合、マウスピースを強く噛みすぎることにより歯が欠けたりすることがあります。鼻からの検査の場合、鼻出血や鼻の痛みが生じる可能性があります。通常は一過性のものですので、鼻を冷やす・圧迫する・短時間の安静などで、ほとんどその後は問題ありませんのでご安心ください。

内視鏡操作や生検に伴う偶発症として、出血や穿孔（消化管に穴が開くこと）が挙げられますが、その頻度は0.014%と報告されています。高齢者などでは唾液の誤嚥により、肺炎を起こすことがあります。万が一、上記のような偶発症が起こった場合、万全の対応を致しますが、必要に応じて他病院への入院や緊急の処置、手術を要する場合があります。

* 予測できない偶発症の可能性と対応策について

上記以外にも高齢の方、基礎疾患のある方はもちろん、健康な方においても、処置とは直接関連のない重篤な偶発症（脳・肺・心臓の障害など）が、術中・術後に出現する可能性は皆無ではありません。それらにより命に係わる事態が生じることもあります。万が一それら偶発症が発生した場合、適宜病状をご説明し、治療に努めます。

5. 研究への利用など

検査によって得られた結果などが、医学的研究に用いられたり、研究発表で公表される事があります。その際、年齢・性別などが公になる事がありますが、個人を特定できるような名前などの個人情報、一切わからないように配慮いたしますので、ご了承ください。

同意書

やたがいクリニック 院長 殿

私は上記の説明を受け、十分に理解しましたので、その実施に

同意します / 同意しません

なお、緊急の処置を行う必要性が生じた場合、適宜処置されることについて同意いたします。

署 名 日： 令和 年 月 日

患者様署名欄： _____

代理者署名欄： _____（続柄： _____）

（自書できない方は代理者が署名し、代筆者氏名および続柄の記載をお願いします）

※同意された場合でも、お申し出によりいつでも撤回することができます。

ご不明点などございましたら、スタッフにおたずねください。

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）問診票 ver2.0

| 検査日 | 年 | 月 | 日 | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | |
|--|---|---|---|------|----|---|----|----|---|
| 氏名 | | | | 性別 | 男 | ・ | 女 | 年齢 | 歳 |
| | | | | 体重 | kg | | 身長 | cm | |
| 1. 胃カメラ検査を受けたことがありますか (1) 受けたことがある (最近受けたのは カ月前・ 年前頃) 結果はどうでしたか a. 異常あり (病名:) b. 異常なし (2) 受けたことがない | | | | | | | | | |
| 2. 食道・胃・十二指腸の病気（逆流性食道炎、胃・十二指腸潰瘍、癌など）や手術をしたことがありますか (1) あり 病名・時期: (2) なし | | | | | | | | | |
| 3. 現在、お腹の症状（腹痛、吐き気、食欲低下、血便など、時期等も具体的に）はありますか？ [] | | | | | | | | | |
| 4. ピロリ菌を採血・呼気・検便・内視鏡検査などで調べたことがありますか (1) あり (2) なし ➔ 検査の結果、ピロリ菌がいるといわれましたか a. いる ・ b. いない ・ c. わからない | | | | | | | | | |
| 5. ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか (1) あり 年 月頃(歳頃) a. 成功した ・ b. 失敗した ・ c. わからない (2) なし | | | | | | | | | |
| 6. 食べ物・アルコール・薬剤のアレルギーはありますか (1) あり (2) なし (3) わからない 種類：アルコール キシロカイン 卵 大豆 その他() | | | | | | | | | |
| 7. 現在、抗血栓薬（血液サラサラの薬）を服用していますか (1) はい (2) いいえ (3) わからない | | | | | | | | | |
| 8. 入れ歯をしていますか (1) あり (2) なし | | | | | | | | | |
| 9. 下記の病気で治療を受けていますか (1) 緑内障 (2) 前立腺肥大症 (3) 甲状腺機能亢進症 (4) 心臓疾患・不整脈 (5) 左記の病気はない | | | | | | | | | |
| 10. 鼻・のどの病気・手術をしたことがありますか (1) あり (病名:) (2) なし | | | | | | | | | |
| 11. 歯の治療で麻酔を使ったことがありますか (1) あり 麻酔の際に何か問題がありましたか a. あり b. なし (2) なし (3) わからない | | | | | | | | | |
| 12. 血縁にがんにかかった人がいますか (1) いる 誰が: 病名: (2) いない | | | | | | | | | |
| 13. お酒を飲みますか (1) 飲む (週 回、内容:) (2) 飲まない もしくは たまに飲む (機会飲酒) | | | | | | | | | |
| 14. たばこを吸ったことがありますか (1) 吸ったことがない (2) 禁煙した (3) 現在吸っている。 | | | | | | | | | |
| 15. 女性の方にお伺いします、現在妊娠している可能性はありますか (1) 妊娠していない (2) 妊娠している可能性がある | | | | | | | | | |

ご協力ありがとうございました。ご不明点などございましたら、スタッフにおたずねください。