

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）説明・同意書

私は、患者 _____ 様に対して、下記検査およびそれに付随する処置を行なうにあたり、その必要性、合併症、危険性などについて、次のように説明いたしました。

検査・処置の名称：上部消化管内視鏡検査

説明の内容：

上部消化管内視鏡検査の必要性

- 症状の原因が食道・胃・十二指腸にあるかどうかの検索
- 胃手術などの術後の経過観察
- 検診後の精密検査
- 手術前の検査
- 胃炎や胃・十二指腸潰瘍などの経過観察
- 検診や定期検査
- 上部消化管出血の原因検索および止血術
- その他（ _____ ）

検査の際、病変が見つかった場合、生検（組織の一部を採取し、顕微鏡で検査する）を行なうことがあります。

上部消化管内視鏡検査の合併症、危険性：

軽いもの：のどの痛みや、腹痛、声がかれる等
通常日数内に消失します。

重大なもの：出血や穿孔（消化管に穴があく）等

これらの頻度はおおよそ 0.007% です。これらが起こった場合、緊急で再検査、輸血や手術などが必要となることがあります。

検査が終了したあとで、吐血・黒色便・持続する腹痛などがありましたら担当医にご連絡ください。

年 月 日

紹介元医療機関 _____ 医師 _____ 印

私は、上記の内容の説明を受け、診療上必要であることを理解致しましたので、その実施を同意しました。また、上記実施中に緊急の処置を行なう必要が生じた場合には適宜されることについても、あらかじめ同意しました。

年 月 日

患者氏名 _____ 印

親族または代理人（続柄： _____ ）

氏名 _____ 印

公益財団法人佐々木研究所附属 杏雲堂病院院長殿

内視鏡検査 問診表

フリガナ： _____

お名前： _____

年齢： _____ 歳 身長： _____ cm 体重： _____ kg

◆ 検査目的、症状をご記入ください

胃カメラ：胃痛・胃もたれ・胸やけ・バリウム異常・ピロリ菌・慢性胃炎・他（ _____ ）

大腸カメラ：便潜血・血便・腹痛・下痢・検診目的・ポリープ治療後・他（ _____ ）

◆ 過去の内視鏡検査について

胃カメラ：初めて・経験あり（当院/他院） → 前回：平成 _____ 年 診断（ _____ ）

大腸カメラ：初めて・経験あり（当院/他院） → 前回：平成 _____ 年 診断（ _____ ）

◆ 血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？ なし・あり・不明 → ありの方は下記選択

抗血小板薬：バイアスピリン・プラビックス・エフィエント・プレタール・エパデール・タケルダ

抗凝固薬：ワーファリン・リクシアナ・イグザレルト・エリキュース・プラザキサ

その他：（ _____ ）

休薬はしていますか？ していない ・ している（いつから： _____ 日前）

◆ 治療中の病気や過去にかかった病気はありますか？ なし・あり → ありの方は下記選択

心臓病（不整脈・狭心症・心筋梗塞）・緑内障（点眼薬あり/なし）・前立腺肥大（内服薬あり/なし）

肝臓病（肝硬変・肝癌）・糖尿病（内服薬あり/なし/インスリン治療）・肺疾患（肺気腫・喘息）

その他（ _____ ）

◆ お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし・あり → （原因： _____ ）

歯などの麻酔で副作用がでたことがありますか？ なし・あり

アルコール消毒で皮膚が荒れませんか？ なし・あり

妊娠の可能性はありますか？ なし・あり

授乳中ですか？ なし・あり

◆ 今回は静脈麻酔を使つての検査（ほぼ眠っているうちに検査）をご希望されますか？

希望する・希望しない・相談したい 効果には個人差があります！検査後に安静が必要です！

◆ 胃カメラを受ける方にお尋ねします。

食道や胃の手術歴はありますか？ なし・あり → どんな手術でしたか？（ _____ ）

ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？ なし・あり

ピロリ菌はいましたか？ いた・いない その際の検査法：血液・呼気・便・内視鏡・不明

除菌したことがありますか？ なし・あり 除菌した時期は？ 平成 _____ 年 _____ 月

除菌は成功しましたか？ 成功・失敗・不明 除菌判定方法 血液・呼気・便・内視鏡・不明

◆ 大腸カメラを受ける方にお尋ねします。

お腹の手術歴はありますか？ なし・あり → どんな手術でしたか？（ _____ ）

前回の検査はつらかったですか？ 初めて・つらくなかった・つらかった・覚えていない