

大腸内視鏡検査を受けられる方に

【検査内容】

上部消化管（食道・胃・十二指腸）を内視鏡を用いて検査をします。その際必要があれば病変の一部を採取して組織検査（生検）を行うことがあります。抗血栓薬（血液をサラサラにするお薬）を服用されている方は、朝は服用せずに検査を受けて、検査後に服用を再開してください。

なお、ワーファリンや複数の抗血栓薬を服用されている方は、生検はせずに「観察のみ」となります。

【方法】

腸の中をきれいにするために検査前日に食事の制限と下剤、当日に腸管洗浄剤を服用して頂きます。

さらに検査の際、緊張を和らげ楽な検査が受けられる様にする為、鎮痛剤と鎮静剤を注射します。ただし、全身麻酔の様に完全に眠った状態になることはありません。鎮静剤の効果は人によって異なりますが、帰宅後も眠気やふらふら感、判断力の低下が続くことがあります。鎮痛剤・鎮静剤を使用しないで検査を受けることは可能ですが、検査に苦痛を伴うことがあることを御了承ください。

妊娠をしている方や妊娠の可能性のある方には薬は使用できません。

これらの薬剤により、まれに発疹、嘔気、嘔吐などの副作用が起こることがあります。

【検査後のご注意】

- ・当日は車・バイク・自転車などの運転は絶対出来ません。
- ・生検を受けられた方は、検査当日は、飲酒・刺激物の摂取は出来ません。
- ・検査終了後は最低1時間半程度のお休み時間が必要です。帰宅が遅くなります。予定などをなるべく入れないようにしてください。
- ・医師による検査結果説明は、予定されているすべての検査が終わってから始まります。
お待ちになれない場合は、受付にお申し出ください。後日来院していただくか、結果を郵送いたします。

【検査手技に伴う偶発症】

内視鏡検査や組織検査により、稀に出血や腸管の損傷、穿孔などの重篤な偶発症を起こす事があります。さらに鎮痛剤・鎮静剤の投与により、注射部の炎症、皮下出血、筋障害、神経損傷、静脈炎、また血圧低下、ショック、呼吸抑制、呼吸停止などの合併症が起こることがあります。

2008年から2012年の全国集計（日本消化器内視鏡学会）では

・大腸内視鏡検査（治療を含まない）に伴う偶発症の発生頻度は0.011%（約8,700人に1人）と報告されています。ごく稀に死亡例の報告もあります。検査後に下血や強い腹痛などがあった場合には、当クリニックにご連絡下さい。

・鎮痛剤・鎮静剤に関連した合併症による死亡率は0.00002%（約430万人に1人）でした。また穿孔などの内視鏡検査の合併症が増加することも報告されています。

万が一、副作用、偶発症が起きた場合には最善の処置・治療を行います。

稀に、入院や緊急の処置・輸血・手術が必要になることがあります。その際は当クリニックから入院治療のできる病院へ紹介します。なお、その際の診療も通常の保険診療にて行います。

以上、了解された方は同意書に自筆でご署名の上、受付にご提出下さい。ご承諾を得られない場合には、検査を中止します。また、同意書を提出された後でも、検査を中止する事が出来ますので、いつでもお申し出下さい。

キャノンがん検診パック 下部消化管内視鏡検査の同意書

田坂記念クリニック
院長 加藤 雅士 殿

ご確認事項（該当部に☒をお願いします。）

1. ワーファリンや複数の抗血栓薬（血液をサラサラにする薬）を服用していますか？

→ ☐ いいえ

→ 本日の内視鏡検査で生検（組織検査）をすることがあります。同意しますか？

※注意：生検を行った場合、検査当日はアルコール飲料、
熱い食べ物、刺激の強い食べ物の摂取はできません

→ ☐ はい（組織検査後の食事の注意事項を守ります）

→ ☐ いいえ（観察のみの検査に同意します）

→ ☐ はい

→ 本日の内視鏡検査は生検（組織検査）はせずに、観察のみになります

2. 検査の際に鎮痛剤・鎮静剤を使うことに関して

☐ 理解し、了承します

☐ 使用しない検査を希望します

※ 鎮痛剤・鎮静剤を希望されない方は念のため診察時に医師にお申出下さい。

3. 内視鏡検査日には、自動車・バイク・自転車等の乗り物の運転は行いません

☐ 理解し、了承します

☐ 了承しません

4. 組織検査（生検）などの精密検査の費用負担について

『キャノンがん検診コース』で実施される内視鏡検査には組織検査（生検）は含まれておりません。

但し、内視鏡検査中に疑わしい病変があった場合、組織検査（生検）が医師の判断で実施されることがあります。

この場合、保険診療として受診者様に一部費用※（3割）を負担して頂いております。

料金の例：組織検査 採取部位により、約 4,000～12,000 円 など

☐ 追加検査（精密検査）を受けることに同意します。

☐ キャノンがん検診パックに含まれない検査には同意しません。

※同意頂けない場合、病変の疑いがあっても組織を取って調べることはできません。

後日、組織検査のための内視鏡検査の再検をお勧めいたします。

私は、上部消化管内視鏡検査を受けるにあたり、検査方法・内容の説明をよく理解しましたので、
その実施を同意承諾いたしました。

年 月 日

ご住所 〒

お電話番号 ()

ふりがな

ご芳名

以上