

上部消化管内視鏡検査 説明書（1）

医師 _____

患者氏名 _____ 様（ID _____）

検査の内容

検査名 上部消化管内視鏡検査

内容・予測される合併症

1 目的

食道・胃・十二指腸の病気を見つけ、適切な治療方針を検討するために行います。

2 方法

- ① 胃の中を見やすくするための水薬を服用します。
- ② ゼリー状の麻酔薬により、のどの麻酔を行います。（経鼻内視鏡の場合は鼻からのどにかけて麻酔を行います）【注1】
- ③ 消化管の動きを弱める薬（鎮痙薬）を注射します。【注2】
- ④ 内視鏡を口から挿入し、上部消化管をくまなく観察します。（経鼻内視鏡の場合は鼻から挿入します）
- ⑤ 病変を際立たせたりする目的で、色素や酢酸などの薬品を撒布することがあります。また必要な場合、止血等の処置を追加することがあります。
- ⑥ 必要な場合、小さな組織を採取（生検）して【注3】、顕微鏡検査をします（病理組織検査）。
- ⑦ 医師の判断により、ご相談の上、ポリープなどの病変を大きく切除する場合があります（ポリペクトミーあるいは粘膜切除術）。【注3】
- ⑧ 鎮静薬が必要と判断し、使用する場合があります。→ 鎮静薬の使用について参照

上部消化管内視鏡検査 説明書（２）

3 検査前日および当日の注意事項

- ① 前日の夕食は軽く済ませ、午後９時以降は水分（水・お茶・スポーツ飲料）のみとして下さい。
- ② 当日は朝コップ１杯の水分以外はとらず、血圧、心臓の薬は朝７時までに内服して下さい。【注４】
- ③ 現在服用中の薬の一覧表やお薬手帳か現物をご持参下さい。
- ④ 歩行に不安のある方やご高齢の方は、必ずご家族が付き添って下さい。

4 検査後の注意事項（ポリペクトミーあるいは粘膜切除術を受けられた方は【注５】）

- ① 検査後１時間くらいして、のどの麻酔がとれましたら、水分や軽食をとっていただいて結構です。
- ② 組織採取（生検）を受けられた方は、食事は２時間経過後より、当日のアルコールや刺激物は控えて下さい。
- ③ 検査後服用いただくように薬をお出しする場合があります。指示どおりに服用して下さい。
- ④ 強い腹痛や吐血・下血が出現した場合は、外来または内視鏡センターまでご連絡下さい。

5 偶発症について

- ① まれに、出血や穿孔（消化管の壁に穴があくこと）などの偶発症が起こる可能性があります。
- ② 検査のために使用した薬剤による副作用を認めることがあります。
- ③ 日本消化器内視鏡学会が調査した全国集計（２０１６年）によると、偶発症の頻度は経口内視鏡０．００５％、経鼻内視鏡０．０２４％でした。
- ④ 万一、偶発症が発生した場合には、外科的処置（開腹手術）を含めた最善の処置をいたします。

【注１】 麻酔薬にてショック、アレルギーを起こしたことがある方はお申し出下さい。

【注２】 緑内障、心臓病、前立腺肥大、糖尿病の方はお申し出下さい。注射薬を変更したり、注射薬を使用しないで検査を行います。

【注３】 抗凝固薬・抗血小板薬を内服中の方はお申し出ください。また、心臓ペースメーカーの埋め込みを受けておられる方はお申し出下さい。

【注４】 中止や延期が可能かどうか判断できない薬がある場合は、前もって処方医とご相談下さい。また、糖尿病薬を服用している方やインスリンを注射している方は、前日・当日の服用や注射についてご相談しておいて下さい。

上部消化管内視鏡検査 説明書 (3)

【注5】ポリペクトミーあるいは粘膜切除術を受けられた方は、治療後3時間経過後飲水可となり、治療によって生じた潰瘍を早く治すための薬を服用いただきます。食事開始は翌朝からとして下さい。治療後1週間は、アルコールや刺激物は控えて下さい。強い腹痛や吐血・下血が出現した場合は、外来または内視鏡センターまでご連絡下さい。

鎮静薬の使用について

- ① 検査による苦痛を軽減したり、安全・確実な検査を行う目的で、鎮静薬を使用する場合があります。この場合、呼吸が弱まったり、血圧が低下することがありますので、点滴を行い、血中の酸素を測定する器械や血圧計を装着し、酸素吸入の準備をして検査を行います。
- ② 鎮静薬が必要と判断し、使用した場合、検査終了後、2時間程度回復室で休んでいただきます。
- ③ 鎮静薬を使用した場合、半日ぐらい眠気やフラフラ感が続くこともありますので、検査当日は車・バイク・自転車の運転はしないで下さい。
- ④ 鎮静薬の使用をご希望される方は、検査当日は車・バイク・自転車でのご来院はなさないで下さい。70歳以上のご高齢の方や体力に自信のない方は、お帰りの際には、必ずご家族が付き添って見守り・介助して下さいようお願いいたします。これらの条件が満たされない場合、あるいは医師の判断によって、鎮静薬使用のご希望に沿いかねる場合もありますので、ご了承下さい。
- ⑤ 鎮静薬が必要と判断した場合の使用の可否あるいは鎮静薬使用のご希望について、同意書内の鎮静薬使用 否・希望のいずれかに○をご記入下さい。

検査および鎮静薬の使用について、必要性・危険性を十分にご理解いただいた上で、ご同意いただければ、同意書にご署名下さい。このほか疑問点がございましたら、主治医または検査担当医におたずね下さい。

上部消化管内視鏡検査 同意書（患者様用）

私は、患者 _____ 様 及び _____ 様、 _____ 様に
別紙の説明書および口頭により検査および鎮静薬の使用についての説明を行いました。検査は万全を期して行いますが、現在の医療でも未だ解明されていないことがあり、また患者様の身体的個人差もあるため、非常にまれなことですが、予測できない事態が生じる場合があることをご了解ください。

説明日 年 月 日

医師 _____ 印

野木病院長 様

私は、 _____ 医師から検査の内容、合併症及びその他の採り得る対策について、および鎮静薬の使用について、説明書と口頭により説明を受け、その内容を十分理解いたしましたので、検査を受けることに同意いたします。鎮静薬使用についての同意は、鎮静薬使用否あるいは希望を選択することにより示します。

鎮静薬使用 否 ・ 希望

同意記載日 年 月 日

患者氏名 _____ 印

氏名 _____ 印 (患者との続柄) _____

氏名 _____ 印 (患者との続柄) _____

検査の同意を撤回する場合

一旦、同意書を提出されても、検査が開始されるまでは同意を撤回して検査を止めることができます。止める場合はその旨を担当医師又は看護師までお申し出下さい。

上部消化管内視鏡検査 同意書（病院控用）

私は、患者 _____ 様 及び _____ 様、 _____ 様に
別紙の説明書および口頭により検査および鎮静薬の使用についての説明を行いました。検査は万全を期して行いますが、現在の医療でも未だ解明されていないことがあり、また患者様の身体的個人差もあるため、非常にまれなことです。予測できない事態が生じる場合があることをご了解ください。

説明日 年 月 日

医師 _____ 印

野木病院長 様

私は、 _____ 医師から検査の内容、合併症及びその他の採り得る対策について、および鎮静薬の使用について、説明書と口頭により説明を受け、その内容を十分理解いたしましたので、検査を受けることに同意いたします。鎮静薬使用についての同意は、鎮静薬使用否あるいは希望を選択することにより示します。

鎮静薬使用 否 ・ 希望

同意記載日 年 月 日

患者氏名 _____ 印

氏名 _____ 印 (患者との続柄) _____

氏名 _____ 印 (患者との続柄) _____

検査の同意を撤回する場合

一旦、同意書を提出されても、検査が開始されるまでは同意を撤回して検査を止めることができます。止める場合はその旨を担当医師又は看護師までお申し出下さい。

内視鏡センター・問診票

1. 今までに、胃・腸その他腹部の手術を受けたことがありますか？	いいえ ・ はい
はいと答えた方に・・・それはどんな手術でしたか？	
2. アレルギー体質、特異体質といわれたことがありますか？	いいえ ・ はい
3. 今までに薬や注射でショックやアレルギーを起こしたことがありますか？	いいえ ・ はい
はいと答えた方に・・・それは何の薬ですか？	
4. 緑内障（青そこひ）といわれたことがありますか？	いいえ ・ はい
5. 尿がでにくい（前立腺肥大）ことがありますか？	いいえ ・ はい
6. 心臓病がありますか？	いいえ ・ はい
はいと答えた方に・・・病名は何ですか？	
7. 糖尿病がありますか？	いいえ ・ はい
はいと答えた方に・・・薬やインスリンを使っていますか？	いいえ ・ はい
8. 心臓ペースメーカーの埋め込みを受けていますか？	いいえ ・ はい
9. 脳梗塞（脳血栓・脳塞栓）を起こしたことがありますか？	いいえ ・ はい
10. 目が見えにくいですか？	いいえ ・ はい
11. 耳が聞こえにくいですか？	いいえ ・ はい
12. 話しにくいことがありますか？	いいえ ・ はい
13. ケガをした時や歯を抜いた時、血が止まりにくいことがありましたか？	いいえ ・ はい
14. 血液が固まりにくくなる薬、血液をサラサラにする薬 （抗凝固薬・抗血小板薬）をふだん服用していますか？	いいえ ・ はい
はいと答えた方に・・・処方医と相談して休薬していますか？	
15. 女性の方へ・・・現在妊娠中、あるいは妊娠の疑いはありますか？	いいえ ・ はい
16. 当院での内視鏡検査は何回目ですか？	回目

年 月 日

お名前

ブスコパン ・ ミンクリア ・ グルカゴン G ノボ ・ 使用なし

担当医師

実施者