

食道、胃、十二指腸内視鏡検査または治療を受けられる患者様へ (説明と同意書)

患者様氏名： _____

【実施方法と内容について】

この検査は胃を空にした状態で口より内視鏡を挿入して、食道、胃、十二指腸を観察します。これにより炎症、潰瘍、ポリープ、癌などの病気があるかどうか調べます。見つかった病気の一部をとって組織検査をおこないます。検査が楽に行うため、のどを麻酔し、胃腸の動きを抑える薬を注射します。内視鏡は直径9mm程度で、のどに圧迫がありますが、普通呼吸できますのでご安心下さい。

【ご注意ください】

- 1) 腸の緊張をとる鎮痙剤や苦痛を和らげるための鎮静剤を注射することがあります。検査終了後まぶしすぎて目の焦点があわなかったり、軽度のふらつき感、眠気を催すことがあります。事故を起こす恐れがありますので、自転車、バイク、自動車の運転は絶対におやめ下さい。なお、当日運転される予定の方は、これらの注射は控えさせていただきます。
- 2) のどの麻酔の影響は検査後2時間ほどとれますがそれまでは誤食の恐れがありますので飲食、うがいはしないでください。
- 3) 患者様が現在服用しておられる薬や薬剤アレルギーの有無によっては検査のやりかたを変えることがあります。当院以外でも治療を受けている病気があるとき、および薬剤アレルギーを医師から注意されたことのあるかたは検査申し込み時に担当医師にお伝えください。
- 4) 検査は安全をこころがけて慎重におこないますが、まれに出血、穿孔などの重篤な合併症をおこすことがあります(これを偶発症といいます)。入院治療が必要な場合もあります。検査後激しい腹痛、下血、黒色便が認められた場合には内視鏡室までご連絡ください。

その他ご不明な点は、医師、看護師にお尋ねください。

検査についてご理解いただけましたら、下記にご署名の上検査当日にお持ちください。

日付： _____

病院名 _____

医師名 _____

食道、胃、十二指腸内視鏡検査・治療同意書

永寿総合病院 病院長 殿

私は食道、胃、十二指腸内視鏡検査を受けるにあたり、主治医から検査・治療の必要性、方法、内容、偶発症などについての説明を受け了解しましたので実施をお願い致します。

平成 年 月 日 患者(または代理人)署名 _____

(未成年及びご本人が署名できない方は、代理人の方が署名してください。)