

(様式7-1)

地域医療室へTEL後FAX

この書類は検査等依頼書と一緒にFAXしてください  
抗血栓薬を服用中の場合は別途「抗血栓薬同意書」をFAXしてください

## 上部消化管内視鏡検査(経口)についての説明及び同意書

(宛先) 箕面市立病院長

説明医師署名

説明日 平成 年 月 日

私は、患者さまの病状、検査の必要性、危険性、合併症などについて以下のように説明しました。

検査名：上部消化管内視鏡検査（経口）

**【目的】**

上部消化管（食道・胃・十二指腸）にできる病気（炎症・潰瘍・ポリープ・がん・食道静脈瘤など）を見つけ、適切な治療法を考えるために行います。

**【方法】**

胃の中が見やすくなるシロップを飲んでから、のどをスプレーの麻酔薬で麻酔します。内視鏡を口から挿入し、上部消化管をまんべんなく観察します。必要ならば小さな組織を採取して顕微鏡検査で、良性か悪性かを判断します。特に痛みはありません。

**【偶発症、合併症】**

この検査では、のどの麻酔薬によるショック、内視鏡操作によっておこる出血や穿孔などが主な偶発症ですが、日本消化器内視鏡学会が調査した全国集計（2000年）によると、その頻度は0.007%、死亡率は0.00045%でした。万一、偶発症が発生したときは外科処置を含めた最善の処置をいたします。

**【鎮静薬の使用について】**

必要な方には、より楽に検査が受けられるように鎮静薬の点滴をして少し眠くなった状態ですることがあります。ただし、検査当日、ご自分で運転して来ておられる方や、心疾患等で安全に鎮静薬が使えないと担当医が判断した場合は鎮静処置は行いません。

検査終了後、鎮静薬の効果がとれるまで回復室で休んでいただくこともあります。鎮静薬の効果は人によっても違いますが、半日くらい眠気やフラフラ感が続くこともありますので、検査当日は絶対に車、バイク、自転車の運転をしないでください。また、ご高齢の方は念のため、ご家族が付き添ってくださることをお願いします。鎮静剤の副作用には、薬剤アレルギー、呼吸抑制(呼吸が浅くなる)、血圧低下などがあります。

※鎮静薬の使用を希望するか否かを同意書へご記入ください。

### 上部消化管内視鏡検査(経口)同意書

私は、上部消化管内視鏡検査(経口)について、十分な説明を受け理解しましたので、その実施に同意します。また、検査実施中に緊急または予測外の処置をする必要が生じた場合には適宜治療処置されることについても同意します。

※ 鎮静薬の使用を  希望する  希望しない

(なお、希望された場合、車、バイク、自転車の運転はできません)

患者住所

氏名

同意日 平成

年

月

日

註： 患者さまが自分で記載できない状態のときは、代理人が必要です。自筆でご署名ください。

患者さまが未成年者の場合には親権者(2名いらっしゃれば原則として2名)の署名が必要です。

親権者または代理人

住所  
氏名

親権者または代理人

住所  
氏名

患者との続柄:

同意日 平成 年 月 日

患者との続柄

同意日 平成 年 月 日