

## 上部・下部内視鏡検査／治療 問診および説明書

ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分（10分前までにお越し下さい。）

目的：内視鏡を上部：食道、胃、十二指腸、下部：結腸、直腸に挿入して、貧血や腹痛の原因を調べたり、潰瘍、ポリープ、がんなどの病変を早く見つけ、早く治療処置する目的で行われ、その有効性が証明されております。病態などによって異なりますが、健康な方でも、できるだけ毎年、検査を受けることが推奨されております。

注意点：なるべく痛みが少なく検査できるように鎮静剤などの薬剤を使用できますが、下記の注意点にご留意ください。

- ・色素：病変を見やすくするために使用しますが、便に一時的に色が着いたり、軽い胸やけ、不快感が残ることがあります。
- ・抗凝固剤（バイアスピリン、バファリン、パナルジン、ワーファリンなど）を服用されている方は、生検や手術後に止血されにくい状態ですので、主治医に確認の上、3日前～1週間前から服用を中止して頂くことがあります。
- ・鎮静剤（不安緊張を和らげる）；希に、アレルギー、動悸、呼吸困難、悪心、嘔吐、物忘れ、ふらふらする、血圧低下などを生じる可能性があります。検査後の運転はお控え下さい。
- ・鎮痙剤：アレルギー、動悸、悪心、口渇、目がちらちらする、尿閉、腹部膨満感などを生じる可能性があります。
- ・下剤：狭いところがある場合、前処置の下剤、腸管洗浄液を飲むことにより、ごくまれに腸閉塞症状が報告されております。強い腹痛、悪心、嘔吐が生じた場合、すぐに下剤を飲むのをやめて、病院やクリニックへご連絡下さい。
- ・偶発症：空気が入り、腸が伸びることによる腹痛、腸穿孔、生検による粘膜への傷、出血、ポリープ切除術後の出血、傷、腹痛、穿孔など、検査前からの症状が悪化し、検査後に改善するのに、時間がかかることがあります。重篤な偶発症の発生頻度は、日本消化器内視鏡学会の全国調査によると0.0037%（約2万7000人に1人）、死亡率は0.00009%（約11万人に1人）程度と報告されています。不測の事態、前処置や使用薬、検査の合併症には、施行医、専門医が最善と思われる処置を行います。
- ・危険行為、準備不足、観察不良など検査が途中で中止になった場合でも、改めて検査希望される場合でも保険診療扱いとなります。
- ・検査時の濁り、食物や便残渣による観察不良、ひだの曲がり、しわの裏側などの解剖的死角などもあり、病変の発見率は完全とは言えないことをご了承下さい。専門医が最善と思われる方法を選択、処置させていただきます。
- ・補助の治療や追加の医学的検査が必要になる場合、別途保険診療となります

・各施設が医療的に最善を尽くしておりますが、個々に評価、医学的治療方針の相違、変更が生じることがあります。不明点、セカンドオピニオンなど、積極的に各々専門施設にもご相談するようお勧めしており、ご説明、報告書、紹介状、必要書類については随時ご相談下さい。

※内視鏡的ポリープ切除術は、医療保険の適用になる場合がありますので、各保険会社にお問い合わせ下さい。必要書類はご用意させていただきます。

#### <組織生検後>

当日は、アルコールを避け、流動食、消化の良い食事（別紙あり）を召し上がって頂き、入浴を避け、シャワー程度にして下さい。

組織検査の結果は、検査より1週間後に専門機関から報告されます。1週間後以降に結果説明に来院されて下さい。

#### <ポリープ切除術後>

・1週間、アルコール摂取、たばこ、運動、力仕事、重労働、遠方への外出は制限されます。流動食、消化の良い食事（別紙あり）を召し上がって頂き、入浴を避け、シャワー程度にして下さい。

・1週間後以降に症状の確認と結果説明に来院されて下さい。

・検査前後、強い腹痛、嘔吐、大量出血が生じましたら、絶食して当院にご連絡、ご来院下さい。または入院施設のある専門病院にご相談下さい。

Thinkpark 消化器クリニック

東京都品川区大崎 2-1-1 3F

電話：03-5745-3088

時間外連絡：090-9954-6303

< 問診票・同意書 >

- ID 氏名 年 月 日
- ・ご相談したい症状についてお聞かせください。「 」
- ・心臓が悪いと言われたことはありますか。 (はい、いいえ)
- ・緑内障はありますか。 (はい、いいえ)
- ・麻酔薬で気分が悪くなったことはありますか。 (はい、いいえ)
- ・アレルギーはありますか。 (はい、いいえ)
- ・アレルギーは何に対してありますか。 ( )
- ・肝炎と言われたことはありますか。(A型肝炎、B型肝炎、C型肝炎、他肝炎、不明)
- ・手術を受けられたことはありますか。(はい、いいえ) 手術名 ( )
- ・前立腺肥大と言われたことはありますか。 (はい、いいえ)
- ・上記以外の病歴はありますか。病名 ( )
- ・現在飲まれている薬はありますか。薬剤名 ( )
- ・抗凝固剤(バイアスピリン、パナルジン、ワーファリン、バファリンなど)は、服用されていますか。主治医にご確認の上、中止された方は、何日間から中止されていますか。  
( ) 日前より中止、 服用中
- ・現在、妊娠されていますか。 (はい、いいえ)
- ・鎮静剤のご希望はありますか。 (はい、いいえ)
- ・切除可能なポリープがありましたら、内視鏡的切除術を希望されますか。(はい、いいえ)
- ・ピロリ菌の検査を受けられたことがありますか。現在(陽性、陰性)
- ・ピロリを除菌された事がありますか。いつ頃( ) 成功しましたか。(はい、いいえ)
- ご不明点をお聞かせ下さい。

- 「 」
- ・不測の事態、前処置や使用薬、検査の合併症には、施行医、専門医が最善と思われる処置を行います。大量残渣、検査に耐えられないなど、検査が途中で中止になった場合でも、改めて検査希望される場合でも保険診療となります。
- ・検査時の濁り、食物残渣、便の残り、解剖学的にひだの曲がり、皺の裏側など観察不良構造的死角の部分もあり、病変の発見率は完全とは言えないことをご了承頂いております。どの場合でも、専門医が最善と思われる方法を選択、処置させて頂きます。
- ・補助の治療や医学的検査が追加になる場合、また、他施設への紹介、追加治療が必要になる場合、別途保険診療となります。
- ・各施設が医学的、医療的に最善を尽くしておりますが、個々に評価、医学的見解・方針の変更が生じることがあります。

同意書

この度、内視鏡検査と内視鏡的切除術の必要性、偶発症の可能性、精度・発見率、検査の経過などについて説明を受けました。説明に際して質問する機会を与えられ、疑問点等について確認し理解致しました。よって、検査、処置、治療を受けることに同意します。

検査日 年 月 日 氏名 印