

『上部消化管内視鏡検査の説明及び承諾書』

- 1：病名** (食道病変、胃・十二指腸潰瘍、胃炎、胃ポリープ、腫瘍、その他) 疑い
- 2：検査の目的** 現在の症状や経過から上記疾患が疑われ、その確定診断もしくは経過観察及び治療のために内視鏡検査を行います。
- 3：検査方法** 前処置として、初めに胃粘液溶解剤を服用します。次に局所麻酔剤を用います。経鼻内視鏡の場合は鼻腔内に血管収縮剤を点鼻した後に噴霧します。経口内視鏡の場合は喉に含み、更に咽頭に噴霧します。局所麻酔剤にアレルギーのある方はあらかじめお伝え下さい。胃の蠕動運動を抑える筋肉注射をして（注射をしない場合もあります）内視鏡室に移動します。経口もしくは経鼻で内視鏡を挿入します。咽喉頭・食道・胃・十二指腸を観察します。病変が疑われた場合、組織を採取して病理検査に提出します。小さなポリープなどその場で切除可能な病変に対しては、内視鏡的に切除し、その際は手術の扱いになります。これらの処置に痛みは伴いません。微細な病変では色素を散布する場合があります。食道病変ではヨード剤を用いる場合がありますので、アレルギーのある方はあらかじめお伝え下さい。なお、内視鏡治療ガイドラインの改定に伴い、血液サラサラの効果がある薬を服用している方には、当院ではポリープ切除を行わず組織検査までとさせていただきますので、ご了承下さい。
- 4：偶発症と対処法** 内視鏡検査では、十分慎重に検査を行っても一定の確率で出血や消化管穿孔、検査後炎症や薬剤アレルギーなどの偶発症が起こる可能性があります。その発生頻度は全国統計で0.057%とされておりますが、当院では年間1000件以上の検査を行い、これまでのところ入院に至る偶発症は発生しておりません。出血や炎症に対しては、抗凝固薬の休薬や処置、投薬加療を行います。穿孔に対しては外科的処置が必要となる場合があるため、山近病院や市立病院等の外科や耳鼻科と連携して対処致します。
- 5：新型コロナウイルス感染症について** 検査による感染拡大の予防の為、2週間以内に新型コロナウイルスに感染した方と接触があった場合や37.5℃以上の発熱、体調不良、味覚・嗅覚異常があった場合はご連絡いただき、検査を延期させていただきます。

いがらし胃腸科内科クリニック

五十嵐 三知郎

上記の検査の必要性と偶発症の説明を受け、検査と処置を受けることを承諾致します。

令和 年 月 日

氏名（代諾者氏名） _____

(本人用控え)

『上部消化管内視鏡検査の説明及び承諾書』

- 1：病名** (食道病変、胃・十二指腸潰瘍、胃炎、胃ポリープ、腫瘍、その他) 疑い
- 2：検査の目的** 現在の症状や経過から上記疾患が疑われ、その確定診断もしくは経過観察及び治療のために内視鏡検査を行います。
- 3：検査方法** 前処置として、初めに胃粘液溶解剤を服用します。次に局所麻酔剤を用います。経鼻内視鏡の場合は鼻腔内に血管収縮剤を点鼻した後に噴霧します。経口内視鏡の場合は喉に含み、更に咽頭に噴霧します。局所麻酔剤にアレルギーのある方はあらかじめお伝え下さい。胃の蠕動運動を抑える筋肉注射をして（注射をしない場合もあります）内視鏡室に移動します。経口もしくは経鼻で内視鏡を挿入します。咽喉頭・食道・胃・十二指腸を観察します。病変が疑われた場合、組織を採取して病理検査に提出します。小さなポリープなどその場で切除可能な病変に対しては、内視鏡的に切除し、その際は手術の扱いになります。これらの処置に痛みは伴いません。微細な病変では色素を散布する場合があります。食道病変ではヨード剤を用いる場合がありますので、アレルギーのある方はあらかじめお伝え下さい。なお、内視鏡治療ガイドラインの改定に伴い、血液サラサラの効果がある薬を服用している方には、当院ではポリープ切除を行わず組織検査までとさせていただきますので、ご了承下さい。
- 4：偶発症と対処法** 内視鏡検査では、十分慎重に検査を行っても一定の確率で出血や消化管穿孔、検査後炎症や薬剤アレルギーなどの偶発症が起こる可能性があります。その発生頻度は全国統計で0.057%とされておりますが、当院では年間1000件以上の検査を行い、これまでのところ入院に至る偶発症は発生しておりません。出血や炎症に対しては、抗凝固薬の休薬や処置、投薬加療を行います。穿孔に対しては外科的処置が必要となる場合があるため、山近病院や市立病院等の外科や耳鼻科と連携して対処致します。
- 5：新型コロナウイルス感染症について** 検査による感染拡大の予防の為、2週間以内に新型コロナウイルスに感染した方と接触があった場合や37.5℃以上の発熱、体調不良、味覚・嗅覚異常があった場合はご連絡いただき、検査を延期させていただきます。

いがらし胃腸科内科クリニック

五十嵐 三知郎

上記の検査の必要性と偶発症の説明を受け、検査と処置を受けることを承諾致します。

令和 年 月 日

氏名（代諾者氏名）
