

大腸内視鏡検査説明・同意書

以下のとおり説明致しました。

施設名 _____

医師名 _____

印 _____

1. 検査目的

大腸病変の有無のチェック

便潜血精査

その他 (_____)

2. 検査の方法

下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ）は大腸にできる病気（ポリープ・がん・炎症など）を発見し、適切な治療方法を選択するために行います。内視鏡（直径12mm）を肛門から挿入し、消化管の中に空気を入れて膨らませながら観察します。検査は約15～30分程度で終了しますが観察・処置にもう少し時間がかかる場合もあります。大腸の動きを抑えるための鎮痙薬を肩に筋肉注射します。これまでに歯科治療、局所麻酔などでアレルギー症状が出た方や、眼の緑内障・前立腺肥大・心臓病・糖尿病の方はこれらの薬を使用できない場合があります。また、脳梗塞や心臓病などのため血液を固まりにくくする薬（ワーファリン・バイアスピリン・プラビックスなど）を服用している場合は、検査申し込みの際に担当医師までお申し出ください。

観察中、何か異常が疑われた場合、必要に応じて以下の処置を行うことがあります。

1) 組織の一部を採取し、細胞の検査を行います。（生検）

2) 人体に安全な色素を撒布して病変を明瞭にして診断の参考とします。（色素撒布）

3) 出血などが見られた場合は、止血操作を行います。（内視鏡止血）

3. 検査の危険性

検査は細心の注意を払い慎重に行いますが、内視鏡による危険性として次の様なことが報告されています。

1) 出血・0.007%（約14,000人に1人）

2) 穿孔（腸にあながあくこと）・0.02%（約5,000人に1人）、

3) ショック・・・0.0009%（約110,000人に1人）

止血処理・輸血・外科的手術あるいは蘇生などの緊急処理が必要になることがあります。

検査全体での死亡率は0.0006%（約167,000人に1人）と報告されています。偶発症や緊急事態が生じた場合には、当院医師はその解消に責任を持って対応いたします。

4. その他

以上のとおりですが、わからない点がありましたら質問して下さい。そして十分理解いただけたら、以下の同意書に署名、捺印してください。

（本同意は任意意思につき、いつでも取り消すことは可能です。）

私は、大腸内視鏡検査の目的と方法、危険性について上記の事項を読み、また担当医師からの説明を了承しましたので検査・治療の実施および実施中に必要な緊急の処置に同意します。

平成 年 月 日

患者氏名 _____（本人自筆の場合は押印不要）

代理人 _____（患者氏名欄が本人自筆でない場合に署名押印してください。また患者との続柄もご記入ください。）

（患者との続柄 _____）

大腸内視鏡検査問診表

お名前 _____ 様

次の質問の該当する箇所に 印を記入の上、検査当日放射線科受付に提出してください。

- 1) 現在、心臓病で治療中ですか
1 . はい 2 . いいえ
- 2) 以前に心臓が悪いと言われたことがありますか
1 . はい 2 . いいえ
- 3) 現在、高血圧で治療中ですか
1 . はい 2 . いいえ
- 4) 現在、緑内障（アオソコヒ）で治療中ですか
1 . はい 2 . いいえ
- 5) 以前に緑内障（アオソコヒ）と言われたことがありますか
1 . はい 2 . いいえ
- 6) アレルギー体質ですか？
1 . はい 2 . いいえ
（はい）とお答えの方 何に対して（ ）
- 7) 最近、排尿困難（おしっこの出が悪い）がありますか
1 . はい 2 . いいえ
- 8) 以前、前立腺肥大症と言われたことがありますか。（男性のみ）
1 . はい 2 . いいえ
- 9) 現在、前立腺肥大症で治療中ですか。（男性のみ）
1 . はい 2 . いいえ
- 10) 現在、妊娠の可能性はありますか。（女性のみ）
1 . はい 2 . いいえ
- 11) 一番最近の月経（生理）はいつ始まりましたか（女性のみ）
月 日から始まった。

ご協力ありがとうございました

問診日 年 月 日

燕労災病院 放射線科