

(内視鏡検査用)

検査説明・同意書

様

平成 年 月 日 時に以下のとおり説明しました。

医療機関名： _____ 医師 _____

同席者 _____

1. 病名、症状 2. 検査法 3. 検査の目的 4. 検査の危険性 5. 合併症 6. その他

(項目)

内視鏡検査

- 検査の目的：食道癌・胃癌・大腸癌・大腸ポリープの診断、胃・十二指腸潰瘍や炎症性腸疾患などの診断には上部・下部消化管内視鏡検査が必要です。通常は安全で苦痛の少ない検査です。
- 検査に伴う危険：低頻度ではありますが、いくつかの偶発症（やむを得ず一定の確率で起こる事象）が起こる可能性があります。検査を行う前に患者さんの同意が必要です。以下に、起こり得る代表的な偶発症の内容とその頻度を記載します。

(出典：日本消化器内視鏡学会誌 1995年 37巻 642-652)

	偶発症の頻度	死亡頻度
前処置（注射、麻酔など）による偶発症（ショック、呼吸抑制など）	0.0252%	0.00162%
通常の内視鏡検査における偶発症（出血、穿孔など）	0.0023%	0.007%
組織生検による偶発症（出血、穿孔など）	0.004%	報告なし

3. 病変が疑われる場合には：

1) 病変をより見やすくするために色素を使う場合があります。そのために検査後の尿や便が青く着色することがありますが無害です。食道の病変が疑われた場合には、ヨウ素（ヨード）溶液を撒布する場合があります。そのために検査中に胸部の不快感や灼熱感を自覚することがありますが、一日で消失します。

2) 詳しい診断のために細胞を一部採取（生検）することがあります。まれに検査終了後も採取部からの出血が続くことがあります。通常、数分で止まりますが、脳梗塞や心筋梗塞などの既往がある患者さんで、血液が固まりにくくする薬を内服している場合には出血が止まりにくいことがあります。内服されている場合は、必ず担当医に報告してください。

医師の説明に対し十分理解いただけたなら、以下の同意書に署名願います。

- 上記説明を受けました。そして、その内容について
わかりました。その上で納得して検査に同意します。
わかりましたが、検査には同意しません。

2. 要望

患者氏名 _____ 住所 _____

代 諾 者 _____ 続 柄 _____ 住 所 _____

同 席 者 _____ 続 柄 _____ 住 所 _____

副本を受領しました。 受領者 _____