

# 上部消化管内視鏡検査 に関する説明書

カルテ NO :

患者 さん に対する検査

1、診断名（又は疑われる病名）:

2、検査の名称： 上部消化管内視鏡検査

3、実施予定日： 年 月 日

4、説明内容 説明用補助資料 ■ 無

1) 目的：上部消化管（食道・胃・十二指腸）について調べるために、内視鏡による検査を行います。

2) 方法（手法）:

麻酔スプレーやゼリーで喉の局所麻酔を行います。その後、経鼻または経口的に内視鏡を挿入し、上部消化管について検査を行います。

検査中に何か異常が疑われる場合には、引き続き精密検査をおこないます。たとえば、内視鏡下に安全な色素などを撒布し、病変を明瞭にして診断の助けにすることがあります。また、消化管内に造影剤を入れて検査を行うことがあります。墨やクリップを使用して手術前の目印とすることがあります。

良性・悪性などを診断するための病理検査や、ピロリ菌感染の有無を調べるためなどの目的で、粘膜組織の一部を採取すること（生検）があります。この場合、検査当日は激しい運動および刺激物（アルコール、香辛料など）の摂取を避けてください。なお、心臓や脳血管などの病気をお持ちで内服治療をされている方はお申し出ください。血液が固まるのを防ぐ薬を服用中の方や血液が固まりにくい病気の方は、出血がとまらなくなる可能性がありますので、原則として生検はおこないません。

のどまたは鼻を麻酔して検査を行いますので、検査後1時間位は飲食ができません。一連の検査遂行に際して、消化管の動き（蠕動）が障害となる場合があります。この際には蠕動を止める鎮痙薬を使うこともあります。その薬剤による影響のために目がちかちかしたり喉の渇きを感じる場合があります。このため検査当日のお車の運転は危険ですのでおやめください。万一、無理に運転して事故などをおこしても、当院は責任を負いかねます。鎮静剤などを注射した場合は検査終了後約1時間程度、安静室で様子を見てから帰宅していただきます。消化管内にある腫瘍性病変や近傍の臓器（膵臓、胆管、胆嚢など）を精密検査を行う場合、必要に応じて細径プローベを用いた超音波内視鏡検査を行うことがあります。病変の広がり・深さや性状などを調べることができますが、検査時間も長くなります。検査当日の状況により、検査予約時間通りに開始・終了できるとは限らないことをあらかじめご了承ください。

3) 必要な理由：上部消化管病変が疑われるため。人間ドックの場合、スクリーニング検査として行う場合もあります。

4) 期待される効果とその限界：上部消化管内腔にある病変を検出できますが、蠕動や部位によって観察が難しい病変も存在します。

5) 付随する危険性と合併症：

検査が原因で咽頭痛（のどの痛み）や腹痛などが出現する可能性があります。通常数日以内に消失します。検査による重篤な合併症として、**出血・穿孔（喉や消化管に穴が開いてしまうこと）・感染症（誤嚥性肺炎など）**などが発生することがあります。この頻度は、日本全国で検査を受けた方の約0.007%と報告されています。このような重篤な合併症が発生した場合には、再検査、絶食・抗菌薬投与、輸血や手術も考慮した治療を適切かつ迅速におこないます。検査が終了したあとで、万一吐血・黒色便・持続する腹痛・発熱などがありましたら、担当外来、担当科医師もしくは検査医にご連絡ください。

検査中、点滴より血管内に薬剤を入れることにより、**検査後静脈炎（腕の血管の周囲が赤く腫れたり、痛みが生じたりすること）**となる場合があります。1週間から10日ほどで自然に治りますが、腫れや痛みが強く我慢ができない場合には、消化器センター外来を受診して下さい。

**動揺歯（ぐらぐらと揺れる不安定な歯）**がある場合、マウスピースとの接触で、まれに揺れが強くなったり、抜けてしまったりすることがあります。そのため、動揺歯のある方は内視鏡検査前にかかりつけの歯科で処置をしていただきますようお願い致します。緊急を要し歯科処置ができない場合は、内視鏡検査中に動揺歯が悪化または脱落する（歯が抜ける）場合があることをご了承下さい。また、事前に処置をした場合でも、動揺歯が抜ける場合があることをご了承下さい。

以上の偶発症が発生した際、万が一の場合は**命に関わる可能性**も絶対に無いとは言えません。また、脳卒中や**肺梗塞、感染症**など、**予期せぬ合併症**が起こる可能性も無いとは断言できません。発生した際には全力で対処致します。万一偶発症が発生した場合の治療は健康保険診療の対象となりますが、治療費の自己負担分は原則として患者様御負担となりますのでご了承ください。

6) 予定の検査を行わなかった場合の予後等：病気の発見が遅れ、疾患によっては腫瘍の進行や病態悪化の可能性があります。

7) 代替手段：消化管造影 X 線検査、CT 検査、MRI 検査などで代替することがあります。

8) 選択の自由について：この手術・検査・治療法を同意されるかどうかは、患者さんの意思が尊重されます。同意されない場合でも、不利益を受けることはありません。

9) セカンドオピニオンについて：他院での検査をご希望の場合は、ご相談ください。

10) 同意の撤回について：いったん同意をされた場合でも、いつでも撤回することができます。やめる場合は、その旨を担当者へ連絡してください。

# 上部消化管内視鏡検査 に関する説明への同意書

## 5、患者さん・ご関係者の方からの質問

【質問内容記載欄】

## 6、質問に対する回答

【回答内容記載欄】

患者さん、および関係者の方に対して、上記事項をご説明いたしました。なお、詳細については診療録に記載いたしました。

説明日時 :           年       月       日

説明場所 : \_\_\_\_\_ (外来 ・       病棟)

説明医署名 (自署)           : (           科 ・ 部 ) \_\_\_\_\_

同席・確認者 署名 (自署) : (看護師 ・           ) \_\_\_\_\_

実施予定日 :           年       月       日

以上の説明にて理解を頂けましたら、説明書、同意書に署名をお願いいたします。

ご不明な点・ご要望がありましたら、遠慮なくお申し出ください。

私は上記事項の説明を受けました。

本人署名欄 (自署) : (患者さんが未成年の場合、意識障害・病状等により同意・署名ができない場合は、「親族または代理人署名欄」に署名してください)

親族または代理人署名欄 : (続柄 :           ) \_\_\_\_\_

同席者署名欄 : (続柄 :           ) \_\_\_\_\_

獨協医科大学日光医療センター病院長 殿

獨協医科大学日光医療センター       Tel. 0288-76-1515 (代表)

# 上部消化管内視鏡検査 に関する施行の同意書

獨協医科大学日光医療センター病院長 殿

私 \_\_\_\_\_ は、(説明医師) \_\_\_\_\_ 氏から別紙 上部消化管内視鏡検査 に関する説明書に記された内容について、十分な説明を受けるとともに質問する機会を得ました。この説明により予定されている

上部消化管内視鏡検査 (実施予定日： 年 月 日 ) について

- 理解しました。担当医師の指示による実施に**同意します**。  
また、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることも承諾します。
- 理解しましたが実施することに**同意しません**。

記載日 : 年 月 日

本人署名欄 (自署) : (患者さんが未成年の場合、意識障害・病状等により同意・署名ができない場合は、「親族または代理人署名欄」に署名してください)

親族または代理人署名欄 : (続柄 : \_\_\_\_\_ )

獨協医科大学日光医療センター Tel. 0288-76-1515 (代表)