

下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： 下部消化管内視鏡検査（大腸内視鏡検査）

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：下部消化管（大腸、回腸末端）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）：

検査施行には腸管内の便を排泄させる前処置が必要となるため緩下剤や腸管洗浄剤を服用していただきます。当日に便が残っている場合などは、他の処置（浣腸など）を追加させていただくことがあります。検査は、内視鏡を肛門から挿入し、消化管の中に空気を入れて膨らませて観察します。腸管の走行が複雑な方や腹部の手術などで大腸に癒着かのある方の場合、長時間を要することがあります。また、検査時の疼痛が激しい場合は、検査を途中で終了する場合があります。一連の検査に際し、消化管の動き（蠕動）が障害となる場合があります、その際には蠕動を止める鎮痙薬を使うこともあります。

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、内視鏡下に色素などを撒布し、病変を明瞭にして診断の助けにしたり、良性・悪性などを診断するため粘膜組織の一部を採取すること（生検）があります。さらに、必要に応じて病変の深さや広がりを確認するため超音波内視鏡検査を行ったり、造影剤を使用し検査を行うことがあります。また、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。

ポリープなどがあった場合、原則として当日の内視鏡治療は行っておりません、あらためて治療の予定を外来で検討させていただきます。

生検や処置をした場合、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。

前処置に用いる薬剤や検査の苦痛を和らげるための鎮静剤による影響のために目がちかちかしたり、眠気やふらつきが残ることがあります。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。

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：下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：下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

検査が原因で腹痛などが出現することがありますが、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、**出血や穿孔**（消化管に穴が開いてしまうこと）、**ショック**、**感染症**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0.04%と報告されています。検査の準備のための下剤また、このような重篤な合併症が発生した場合には、再検査、輸血や手術も考慮した治療を適切にかつ迅速におこないます。検査が終了したあとで万一下血や持続する腹痛などがあれば、担当科医師もしくは検査施行医にご連絡ください。

前処置の緩下剤・腸管洗浄剤の内服により悪心、嘔吐、急激な下痢による血圧の低下、腸管狭窄がある方での腸閉塞や腸管穿孔の報告もあります。

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。

下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)

下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 下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

下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)