

大腸内視鏡検査同意書

黒のボールペンでご記入ください

この検査は、下部消化管内視鏡(大腸カメラ)を肛門から挿入し、直腸から盲腸までの粘膜その他を観察して病気を診断するためのものです。病的変化のある部位の一部を鉗子にて採取し顕微鏡的組織検査を行うことがあります。

注 意 点

1. 内視鏡検査を行うために、大腸の中を空にする必要があります。検査の予約の際に渡される注意書に従って準備をしてください。腸の中に便が残っていると検査ができない場合もありますので、必ず指示を守るようお願いいたします。
2. 腸の緊張をとる鎮痙剤や苦痛を和らげるための鎮静剤を使用しますので、薬のアレルギーや体調に異常のある方、高血圧・糖尿病・緑内障・前立腺肥大・心臓の病気等がある方、向精神薬服用中の方は、検査前にお申し出ください。**検査終了後、まだ目の焦点があわなかったり、眠気を催すことがありますので、車・バイク・自転車の運転等は危険ですからお止めください。当日の飲酒、激しい運動はご遠慮ください。**組織検査を行った場合、日常生活の制限があります。検査後の注意事項をお守りください。



鎮静剤使用
のため
マニキュア
ネイル不可

3. 組織を採取した後、まれに出血や穿孔などの合併症を起こすことがあります。万が一、合併症が起きた際には最善の処置・治療を行います。入院や緊急の処置・手術が必要になることがあります。その際の経費は原則として患者さんのご負担となります。あらかじめご了承ください。緊急時の判断に関しては医師への一任をお願いします。なお、大腸内視鏡検査および治療に伴う偶発性(穿孔・出血など)の合併症の発生頻度は全国集計(2003年～2007年の5年間)で0.078%です。*偶発症が発生した際の治療費等にかかる経費は有料になります。

以上の説明に納得された方は同意書にご署名の上、検査前に受付にご提出ください。ご承諾が得られない場合、検査を行うことができなくなります。また、同意書を提出された後でも検査を中止することができますので、遠慮なくお申し出ください。

医療法人社団 せいおう会 鶯谷健診センター
センター長殿

年 月 日

私は上記の記載事項について十分理解し、検査の実施に同意いたします。

氏 名 男・女 生年月日 S・H 年 月 日(才)

住 所