

胃内視鏡検査同意書

黒のボールペンでご記入ください

1. 目的 食道・胃・十二指腸にできる病気(炎症・潰瘍・ポリープ・食道静脈瘤など)を見つけ、適切な治療をするために行います。

2. 方法 検査前に胃の中の泡を消すシロップを服用します。経口内視鏡は口に麻酔薬を含んだあと、喉にスプレー式の麻酔薬を使用して挿入します。経鼻内視鏡は鼻腔にゼリー状の麻酔薬を注入後、挿入します。医師の判断により、胃の運動と唾液・胃液分泌を抑える筋肉注射をする場合もあります。

3. 当該検査の予想される効果と不利益
[有無とその程度]

効果 病状の詳細な把握と治療方針の決定

不利益

極めて稀ですが、この検査では前処置で使用する麻酔薬等によるショック、内視鏡操作によって起こる出血や穿孔など、偶発症の可能性があり得ます。日本消化器内視鏡学会の全国調査によると、偶発症発症率は0.005%、死亡率は0.00019%と報告されています。
*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。

4. 検査前日および当日の注意事項

鎮静剤使用の方
マニキュア・ネイル不可

前日の夕食は午後8時までに済ませてください。ただし、水、お茶は飲んでも構いません。当日は朝コップ1杯の水またはお湯を飲み、以後一切飲食はしないでください。高血圧の薬を服用している方は、朝7時までに服用してください。その他の薬(糖尿病・心臓病・血液をサラサラにする薬等)を常用されている方は主治医にご相談ください。

5. 検査後の注意事項

喉の麻酔が切れるまでの約1時間程度は飲食できません。病理組織検査を行った場合には、2時間程度あけてから飲食し、当日の飲酒、喫煙、刺激物の摂取はできません。鎮静剤を使用した方は、当日の運転(車・バイク・自転車等)、飲酒、激しい運動をお控えください。



6. 緊急時の処置に関する同意

緊急時の判断に関しては医師への一任をお願いします。

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