

上部消化管内視鏡検査に関する説明・同意書

患者氏名： _____ 様

20 年 月 日 に以下のとおり説明しました。

依頼医療機関 _____

医師署名 _____

【検査目的】

食道、胃、十二指腸を観察し、病変の有無をチェックして、今後の方針をたてます。

【検査方法】

内視鏡を口または鼻から挿入して検査をします。

1. 必要に応じて小さな粘膜を採取して、組織検査を行います。(生検検査)
また、ヘリコバクター・ピロリによる感染が疑われた場合には、粘膜を採取して調べることがあります。
2. 出血がみられた時には、止血処置を行うことがあります。
3. 病変部に色素液を散布して、より詳細に観察をすることがあります。

【偶発症】

前処置の薬剤によるアレルギーやショック、内視鏡操作による出血や穿孔などの報告があります。万が一偶発症が発生した時には、最善の処置を行います。状況によっては外科的手術となることもあります。

【注意点】

血液が固まりにくくなる薬（抗血栓薬）を服用されている方は、内視鏡検査で生検やピロリ菌の検査を行った際には血が止まりにくくなる場合があります。そのような薬を服用されている方はあらかじめ主治医と相談をされるか、または検査当日に内視鏡スタッフにお申し出ください。

1) 説明を受けて、(□にチェックをお願いします)

- その内容について了解し、検査の実施に同意します
- その内容について了解しましたが、検査の実施には同意しません

2) その他の要望（もし、ありましたら記載してください）

【当院記入】 上記説明を確認した上で検査実施します。

20 年 月 日 かしま病院 医師署名 _____

患者 ID : _____ 患者署名 _____

※患者さん本人が同意に関して判断ができない場合

代理人署名 (_____ 続柄 / _____)

社団法人医療法人養生会 かしま病院