

●クリニック提出用

大腸カメラ（大腸内視鏡）の診療行為説明内容の確認と同意書

この説明書を読んで、わからない点がありましたら、質問して下さい。
納得できない場合は他の医師の意見（セカンドオピニオン）を聞くことをおすすめします。
納得された方は同意書にご署名の上、検査当日にご提出ください。ご承諾が得られない場合には検査は中止します。また、同意書を提出された後でも検査は中止することができますので、いつでもお申し出ください。

現在内服中のお薬について

（ ）を内服 日前より

- 中止して下さい。⇒再開については検査終了時にご確認ください。
今まで通り継続し、生検・治療をしません。
今まで通り継続し、生検・治療をします。

せたがや内科・消化器クリニック殿

私は上記診療行為について十分な説明を受け、その内容について了承しましたので検査・治療を受けることに同意します。

検査予定日	令和	年	月	日	時	分
-------	----	---	---	---	---	---

令和 年 月 日

氏名： _____

電話番号： _____

住所： _____

●同意書・説明書の1枚目と4枚目を当日クリニックに提出してください

患者用

大腸カメラ（大腸内視鏡）の診療行為説明内容の確認と同意書

この説明書を読んで、わからない点がありましたら、質問して下さい。
納得できない場合は他の医師の意見（セカンドオピニオン）を聞くことをおすすめします。
納得された方は同意書にご署名の上、検査当日にご提出下さい。ご承諾が得られない場合には検査は中止します。また、同意書を提出された後でも検査は中止することができますので、いつでもお申し出下さい。

現在内服中のお薬について

（ ）を内服 日前より

- 中止して下さい ⇒再開については検査終了時にご確認ください。
今まで通り継続し、生検・治療をしません。
今まで通り継続し、生検・治療をします。

せたがや内科・消化器クリニック殿

私は上記診療行為について十分な説明を受け、その内容について了承しましたので検査・治療を受けることに同意します。

検査予定日	令和	年	月	日	時	分
-------	----	---	---	---	---	---

令和 年 月 日

氏名： _____
電話番号： _____
住所： _____

患者用

大腸カメラ（大腸内視鏡）・治療（ポリープ切除）の合併症

・通常、内視鏡検査は安全に施行できます。念のため、以下の事項にご留意ください。

・ポリープ切除や生検の際には抗血小板薬・抗凝固薬を一時中断する必要があります。しかし薬剤中止に伴い、およそ1%で脳や他の臓器の梗塞(虚血性疾患)が引き起こされることが報告されています。

・検査・処置に伴い出血や穿孔などの偶発症を起こすことがあり、頻度は0.01%です。偶発症が生じたときは入院施設に紹介とし、手術等を含め、最善の処置、治療を依頼します。

・事前準備；腸の中を空にするために多量の下剤を飲んでいただきます。この際、消化管の通過障害（進行癌など）があると、腸閉塞や穿孔を起こす場合があります。

・前投薬；検査の際に使用する鎮痙剤や鎮痛・鎮静剤でショックなどの重篤な症状を引き起こす場合があります。

・検査中；スコープの挿入が困難な場合（手術歴があり、腸管が癒着している方、腸が長い、腸の屈曲が強い方など）、腹部の膨満感や突っ張り感と共に、強い腹痛や吐き気、血圧低下が生じる場合があります。スコープが腸管の壁を傷付けることによって、出血や穿孔をきたすこともあります。鎮静剤に対する反応が強くなってしまふ（血圧低下、呼吸不全等）可能性があります（0.001%未満）。

・検査後；検査中、腸管を空気で膨らまして観察します。検査終了後もこの空気が抜けるまで膨満感が残る場合があります。

・ポリープ切除、生検した場合；切除の際に穿孔や処置の傷あとからの出血をきたすことがあります。出血や穿孔は時間が経って後からおこることもあります。

大量の出血や腹痛を生じた場合は来院していただき、入院を含め適切な処置を行います。出血は多くの場合、内視鏡的に止血可能ですが、穿孔等の重篤な偶発症を生じると手術による治療が必要な場合があります。

ポリープ切除の場合は約2週間程度、出張・旅行・温泉や激しいスポーツを避け、アルコール類の摂取を止めていただきます。

* 検査料金（あくまでも概算です。診察・検査・薬剤により前後します。）

3 割負担

大腸カメラ 鎮静剤使用 5,000 円 前後
大腸カメラ 鎮静剤使用なし 4,000 円 前後
+ 生検（1 臓器につき） 5,000 円 前後
大腸ポリープ切除術（1 臓器）約 20,000 円（2 臓器）約 24,000 円（3 臓器）約 27,000 円

※「小腸」「盲腸」「上行・横行・下行結腸」「S状結腸」「直腸」が各1臓器

★大腸検査の検査用パンツは自費で 120 円いただいております。

●クリニック提出用

大腸カメラ(大腸内視鏡)の問診票

No. _____ 氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

安全で効率的な検査のための問診票です。当てはまる項目に✓印を付けてください。

1. 今まで大腸カメラ(大腸内視鏡)を受けたことがありますか？

なし あり(前回検査: 当院・他院 _____ いつ頃ですか? 年 月)

2. 薬のアレルギーがありますか? 「あり」の方は薬剤名に○をつけてください。

なし あり(アルコール、ブスコパン、グルカゴン、ヨード、キシロカイン、薬名: _____)

3. 以下の病気を指摘されたことがありますか？

なし あり(狭心症・不整脈等の心疾患、緑内障、前立腺肥大、糖尿病、高血圧、ペースメーカー)

4. 抗血栓薬(血液をさらさらにする薬、血が止まりにくくなる薬)を飲んでいますか？

飲んでいない 飲んでいる(薬名: _____) → 検査時にもう一度お聞きします。

5. 鎮静剤について希望されますか？

※事故防止のため、当日は乗り物(車、バイク、自転車など)の運転はできません。

希望する 希望しない

6. ポリプ切除は希望されますか？

※切除した場合には、出血リスクのため、約2週間はお旅行、運動、飲酒はできません。

希望する 希望しない

7. 内視鏡プリント画像を希望されますか？(別途220円かかります)

希望する 希望しない

●同意書・説明書の1枚目と4枚目を当日クリニックに提出してください