

●クリニック提出用

胃カメラ（食道・胃・十二指腸内視鏡）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、質問してください。
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
-------	----	---	---	---	---	---

- 原則、前日の食事は20時までに済ませてください。飲水は検査の2時間前迄です。

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

胃カメラ（食道・胃・十二指腸内視鏡）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
-------	----	---	---	---	---	---

●原則、前日の食事は20時までに済ませてください。飲水は検査の2時間前迄です。

令和 年 月 日

氏名: _____

電話番号: _____

住所: _____

患者用

胃カメラ（食道・胃・十二指腸内視鏡）の合併症について

・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。

・非常にまれですが、咽頭麻酔に使用するキシロカインによってショックを起こすことがあります（0.001%未満）。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）。腫瘍（進行癌）が存在すると、消化管の壁が裂けて穴が開くことがあります、外科的手術を必要とする場合があります（0.01%未満）。

・生検をした部位や検査中の嘔吐反射で裂けた部位から出血することがあります（およそ0.1%）。ほとんど内視鏡で止血できますが、輸血や外科手術が必要になることがあります（0.01%未満）。内視鏡下止血では小さい金属クリップにて組織や血管を挟んで止めます。クリップは自然に脱落し胃や腸の粘膜に障害を与えることなく排泄されますが、年余にわたって残る場合もあります。

・患者さまの体内の問題や技術的な問題のために検査が完了できないことがあります（およそ0.5%未満）。何らかの理由で病気が見落とされる可能性があります（およそ0.1%未満）。誤嚥が生じて肺炎を起こすことがあります。心臓・肺・脳疾患の合併症が出る可能性があります（不整脈、血圧低下、狭心症、心筋梗塞、呼吸不全、脳血管障害、健忘等：およそ0.01～0.1%）。

・以上から非常にまれですが、死亡したり（0.001%未満）重度の後遺障害を残したり（0.01%未満）する可能性があります。（頻度は日本消化器内視鏡学会の報告による数値）

・鎮静剤を使用した場合には、当日は乗り物（車、バイク、自転車）の運転はできません。十分に休んでから帰宅していただきますが、その後も眠気が残り判断力が低下することがあります。帰宅時にどなたか成人の方に付き添ってもらうことをおすすめします。

* 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

経口胃カメラ	鎮静剤使用	5,000 円 前後
経口胃カメラ	鎮静剤使用なし	4,000 円 前後
経鼻胃カメラ	鎮静剤使用	5,500 円 前後
経鼻胃カメラ	鎮静剤使用なし	4,500 円 前後
+ 生検（1 臓器につき）		5,000 円 前後

※「食道」「胃・十二指腸」が各1臓器

●クリニック提出用

胃カメラ（食道・胃・十二指腸内視鏡）の問診票

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

安全な内視鏡検査を行うための問診票です。当てはまる項目に✔印を付けてください。

1. 今まで胃カメラ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. 薬や食べ物のアレルギーがありますか？「あり」の方は○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、たまご、その他： _____ ）

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）

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： _____ ） → 検査時に詳しくお聞きします。5. ピロリ菌の検査を受けたことはありますか？なし あり 覚えていない6. 除菌治療を受けましたか？いいえ はい（いつ頃ですか？ _____ 年 _____ 月）7. 除菌治療は成功しましたか？成功した 失敗した

8. 鎮静剤は希望されますか？

※使用した場合には、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

9. 生検（組織の精密検査）を承諾されますか？ ※健診のかたは保険適用で別途費用がかかります。

承諾する 承諾しない → 理由：（抗血栓薬内服中・飛行機・飲酒の予定・その他）

※生検：腫瘍などの病気を疑う部分から組織をとり、顕微鏡で詳しく調べる検査です。抗血栓薬内服中、当日飛行機に乗る予定、飲酒の予定のある人は原則できません。

10. 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

【担当者記入欄】 食事：

義歯：

内服：

消泡剤：

●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