

上部消化管内視鏡検査申込書 兼 診療情報提供書 (他院医師記入用)

本紙とともに、承諾書(別紙)を、三井記念病院 地域連携室へご送信ください。

FAX : 03(3864)7901(地域連携室直通)

ふりがな 患者氏名	性別：男・女		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 (歳)
いままで三井記念病院に受診したことが ☐ あります(登録番号) ☐ ありません			
希望日：	第1希望	月 日 ()	第2希望 月 日 ()
診断名(必須)：			
検査目的：			
鎮静の有無：	鎮静をご希望の場合は消化器内科の診療予約をおとりします。		
特定疾患：	☐ なし ☐ あり (緑内障・糖尿病・心疾患・前立腺肥大)		
血糖降下剤：	☐ 服用していない ☐ 服用している (インスリン・血糖降下剤) ※休薬指示については「上部消化管内視鏡検査予約票」を確認ください。		
抗凝固薬：	☐ 服用していない ☐ 服用している(薬名) <u>服用している場合、中止の適否をご判断ください。(中止・継続)</u> ※内服継続でも検査は可能ですが、病理組織検査は施行できません。		
抗血小板薬：	☐ 服用していない ☐ 服用している(薬名) ※内服継続でも病理組織検査可能です。		
妊娠：	☐ 妊娠中 ☐ 無 ☐ 可能有		
鎮剋剤使用：	※ 検査前注射薬(鎮剋剤)使用は、医師の指示となります。		
検査結果：	検査結果は当院でも説明が可能です。検査日とは別に消化器内科の診療予約をおとりします。 診療日には現在処方されているお薬などがわかるものをお持ち下さい。 ☐ 説明を希望する ☐ 説明を希望しない ※説明を希望しない場合は、検査結果は当日患者さんへお渡しします。 ただし、病理検査が生じた場合は 後日かかりつけ医へ検査結果を郵送いたします。		
記入者名：	医療機関名 医師名		

説明文書（第3版）

食道・胃・十二指腸内視鏡検査を受けられる方へ

この文書は、食道・胃・十二指腸内視鏡検査について、その目的、内容、危険性などを説明するものです。説明を受けられた後、ご不明な点がありましたら何でもおたずねください。

1. 2. 病名と病態,この検査の目的・必要性

食道・胃・十二指腸内視鏡検査は、食道、胃、十二指腸の病気（胃がん、食道がん、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、食道炎など）の診断が目的です。

3. この検査の内容と性格および注意事項

a. この検査の方法・流れ

内視鏡の先端にビデオカメラを装着した直径 9mm程度の細い管（スコープ）を口から挿入し、食道、胃、十二指腸の内側を観察します。これにより、ポリープやがん、出血、炎症等の所見をテレビモニターで観察します。ポリープ、潰瘍、腫瘍等が見つかった場合には、病変の一部を取り、顕微鏡で詳しく調べる事ができます。（生体組織検査）

検査の所要時間は個人差がありますが、5分から10分くらいです。喉に麻酔をしますが違和感が残ります。また適量の空気を入れる必要がありますので、一時的にお腹が張った感じがあります。場合によっては鎮静剤を使用します。

b. この検査の注意事項

下記の項目にあてはまる方は事前にお申し出ください。また、お薬を服用中の方は検査当日の服用や休薬を外来担当医に確認してください。

- 1) これまで歯科の麻酔や局所麻酔、また、他の薬剤でアレルギー症状があった。
- 2) 心臓病、前立腺肥大、緑内障、糖尿病（インスリン注射を含む）、脳梗塞、高血圧、人工透析、便秘症で治療、服用している。
- 3) 妊娠中または妊娠の可能性がある。授乳している。
- 4) 現在治療中、服薬中の疾患がある。また、過去に入院、手術、治療歴がある。
- 5) 抗凝固剤、抗血小板薬（ワーファリン、プラザキサ、イグザレクト、バイアスピリン、プラビックス、エパデール等）を服用している。

検査当日の体調によっては検査を中止する事がありますので、ご承知おき下さい

c. この検査の鎮静剤使用について

食道・胃・十二指腸内視鏡検査中の咽頭の違和感やおう吐反射などによる苦痛を軽減する為に患者さんのご希望を確認したうえで、鎮静剤の注射を行っております。鎮静剤注射の使用は不安や緊張を和らげおう吐反射を抑えます。それにより比較的楽に検査を受ける事ができます。しかし、個人差はありますが眠気や身体のだらつき、吐き気やめまい、呼吸抑制等の副作用も考えられます。その為、使用後は 30 分の安静時間が必要となります。鎮静剤の使用に関しては内視鏡担当医とご相談ください。

d. 鎮静剤使用時の運転禁止について

食道・胃・十二指腸内視鏡検査施行時の鎮静剤注射は、判断力、注意力、運動機能を低下させます。三井記念病院では事故の防止を目的とし、検査当日のご本人による自動車、バイク、自転車等の運転を禁止させていただきます。運転による事故が発生した場合、三井記念病院は責任を負いかねます。公共の交通機関をご利用されるか、お付き添いの方が運転されます様お願いいたします。

4. 検査の責任者名

食道・胃・十二指腸内視鏡検査の責任者は内視鏡部部长と検査施行医ですが、多くの医療行為は医師のチームで行っております。

5. この検査の成功率

検査挿入率は、約 99.5%です。

6. この検査に伴う危険性とその発生率、致死性偶発症について

食道・胃・十二指腸内視鏡検査は比較的安全な検査ですが、検査に伴う偶発症が起こり得ます。偶発症の頻度は全国集計で 0.005%です。(日本消化器内視鏡学会偶発症全国調査報告 2010 年度より) 偶発症の代表は出血です。出血は通常少量で短時間に止血しますが、状況により入院治療が必要になることがあります。他の偶発症として感染症、薬剤による副作用などがあります。

食道・胃・十二指腸内視鏡検査での死亡率は 0.00019%とされています。(日本消化器内視鏡学会偶発症全国調査報告 2010 年度より)

ここに記載された危険性の発生率は一般的な数字であり、年齢や併存疾患の有無等により個人差があります。

7. この検査を行った後の経過と経過中に起こり得る問題

a. 腹部膨満感

内視鏡検査中はスコープから送気（通常は空気を送ります）し、食道・胃・十二指腸を膨らませて検査を行いますので、その送気でお腹が張りますが、ゲップや、ガスが出ることで自然に治まりますので検査終了後そのまま帰宅できます。

万が一、気分不快、腹痛など気になる症状がありましたら担当外来へご連絡下さい。

b. 検査後の食事の注意

のどの麻酔のため、検査後 1 時間は飲んだり食べたりできません。検査当日 1 日は、柔らかく消化の良い食事と刺激のない飲み物をお召し上がりください。翌日の朝食より通常のお食事へお戻し下さい。

c. 検査後の過ごし方

検査当日は運動を禁止してください。

d. 出血・タール便

真っ赤な血を吐いたり、おう吐物に血が混ざっている。イカ墨のような黒い便がでる場合があります。そのような異常がありましたら直ぐに担当外来へご連絡下さい。

e. 薬剤による副作用

胃の動きを抑える注射をしている為、一時的に目のかすみ、ぼやけがあります。

8. 偶発症発生時の対応

偶発症が生じた場合には、我々の責任で最善の処置・治療を行います。この為、入院治療・緊急手術等が必要となる場合もありますのでご承知おきください。なお、その際の医療は通常の保険診療となり費用は患者さんの負担となります。

9. 代替可能な他の検査等およびそれに伴う危険性とその発生率

バリウム検査

（身体にエックス線を照射する検査ですので少量ですが放射線被ばくがあります）

10. この検査を行わなかった場合に予想される経過

症状の評価が不十分となり、治療が必要な病態があった場合は悪化する可能性があります。

11. この検査の同意撤回

いったん同意書を提出しても、検査・治療行為等が開始されるまでは、本検査・治療行為を受けることをやめることができます。やめる場合にはその旨を担当医まで連絡してください。

12. 研究発表（講演や論文等）や学会データベースへの提出に関するお願い

当院は、地域基幹病院及び高度医療を施行する病院として、国内・海外を問わず、研究会や学術会議にて積極的に研究発表を行い、論文として各種雑誌に公表しております。その際、患者さんの採血結果など、検査・治療の過程で得られた各種データ（採血・画像・組織標本）を使用させていただくことがあります。もちろん、お名前や個人を特定できるデータを公表することはありませんし、個人のプライバシーは厳密に保護いたします。すなわち、研究発表や研究論文以外の目的には一切使用いたしません。

研究発表や論文出版を通じて、医学・医療の発展に寄与し、社会貢献を行うべきという当院の理念をご理解いただき、ご了承いただければ幸いです。

13. 連絡先

食道・胃・十二指腸内視鏡検査について質問がある場合や、検査・治療行為等を受けた後緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【連絡先】

住所：東京都千代田区神田和泉町1番地

病院：三井記念病院 内視鏡部 8：30～17：00

救急外来 17：00～8：30

電話：03-3862-9111（代表）

食道・胃・十二指腸内視鏡検査同意書

三井記念病院病院長殿

私は、食道・胃・十二指腸内視鏡検査を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書(2019年11月:第3版)に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私は、この処置・手技・検査を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。以上のもとで、自由な意思に基づき、この処置・手技・検査を受けることに同意します。

なお、説明文書とこの同意文書の写しを受け取りました。

- ① 病名、病態
- ② 処置・手技・検査の目的・必要性
- ③ 処置・手技・検査の内容
- ④ 処置・手技・検査の責任者
- ⑤ 処置・手技・検査の成功率
- ⑥ 処置・手技・検査に伴う危険性とその発生率、致命的合併症について
- ⑦ 処置・手技・検査後の経過と経過中に起こり得る問題
- ⑧ 偶発症発生時の対応
- ⑨ 代替可能な処置・手技・検査およびそれに伴う危険性とその発生率
- ⑩ 処置・手技・検査を行わなかった場合に予想される経過
- ⑪ 処置・手技・検査の同意撤回
- ⑫ 研究発表(講演や論文等)や学会データベースへの提出に関するお願い
- ⑬ 連絡先

<追加説明事項>この欄に入らないものは別紙使用

説明年月日: ____年 ____月 ____日 説明医師(署名): _____/

同意年月日: ____年 ____月 ____日 患者氏名(署名): _____

患者生年月日: ____年 ____月 ____日

代 諾 者 署 名: _____(患者さんとの続柄: _____)

(代諾の理由): _____

【病院記載欄】

☐ 通訳・点字・手話等の介助により上記説明を行い、口頭同意を得ました。

☐ 生命の危機に関わる緊急状態であったため、同意取得が事後となりました。

2019年11月1日 作成三井記念病院