

## 下部消化管内視鏡(大腸カメラ)検査の説明および同意書

この用紙は検査当日にご持参下さい。

### 【検査まで】

- ① 必要に応じて検査食の指示が出ることがあります。その際は別紙ご参照ください。また3日前からの食事・水分は別紙ご参照ください。検査前日の夜9時以降は絶食となります。当日も食事を摂らないで下さい。水やお茶の補給は構いません。
- ② 別紙のように、下剤を飲んで下さい。当日朝の心臓や血圧のお薬は下剤の後に内服して下さい。糖尿病薬やインスリンの薬がある場合は、当日の朝は中止して下さい。抗血栓薬(血液をさらさらにする薬)を内服されている場合は、前もって中止する場合があります。

### 【検査の実際】

- ① 検査中には必要に応じて、色素を散布や粘膜組織の一部を採取(生検)することがあります。
- ② 検査時間の目安は約15分から30分です。手術歴がある方は検査が長時間に及ぶ傾向があります。
- ③ 当日、ポリープを認めた場合、ポリペクトミーやEMR(ポリープに金属製のワイヤをかけて電流を流して切除する方法)などを行うことがあります。ただし、状況によって切除時期の検討や、病院紹介をさせていただく場合があります。偶発症として術中出血、後出血(0.5-1%)、穿孔(0.1%程度)があり後出血を予防するために、切除後にクリップにて傷口を縫縮します。しかしクリップだけでは後出血の予防は不完全なため、治療後一週間は遠出、飲酒、運動(10分以上の歩行、20分以上の立ち仕事および立った状態での通勤、重いものを持つ、自転車の運転、腹圧のかかる運動)、自動車の運転、入浴、刺激の強い食事はできませんのでご了承下さい。ポリープの病理組織診断の結果は約2,3週間後に外来で説明させていただきます。
- ④ ポリープ切除後であっても、新しいポリープが発生することがあるため、大腸カメラでの定期的な経過観察をお勧めします。

### 【起こりうる偶発症】

- ① カメラがこすれることによる粘膜裂傷や出血や消化管穿孔(穴があくこと)
- ② 生検やポリープ切除に伴う出血や消化管穿孔
- ③ 前処置の薬剤によるアレルギーや副作用  
日本消化器内視鏡学会が行った全国集計(2016年)ではこれら偶発症は0.087%、死亡例も0.00044%と報告されています。万が一発生した際は適切に対処致します。
- ④ 検査・治療を安全に行うために抗血栓薬の内服を中止した場合に血栓症(血液が固まり詰まること)が起こることが稀(約0.5%)にあります。
- ⑤ ガイドラインに準じ、抗血栓薬服用下で生検やポリープ切除を行うことがありますが、その場合出血の危険性が高まります。

### 【鎮静剤の使用について】

当院では、内視鏡検査を行う際に緊張を和らげ、楽に受けて頂くためにご希望に合わせて鎮静剤を使用します。方法は静脈注射になりますが、静脈炎(血管の周囲が赤く腫れたり痛みを伴う)を起こすことがあります。また呼吸循環抑制を起こすので、指先で血液中の酸素濃度をモニターしながら検査を行います。

鎮静剤を使用した場合は十分に休んで(約1時間)から帰宅して頂いています。場合により1時間以上経っても強い眠気が残ることがあります。また鎮静剤は翌日まで体内に残っており、眠気がなくても判断力が低下していますので、検査当日は車やバイク、自転車の運転は絶対にしないでください。

**当日、車やバイク、自転車で来院された場合、鎮静剤は使用できません。**

ご高齢の方は、ご家族が付き添ってくださるようお願いいたします。

以上の通り、下部消化管内視鏡(大腸カメラ)検査の説明をしました。

年 月 日

説明者:

印

おおつ消化器・呼吸器内科クリニック 院長 殿

私は下部消化管内視鏡検査について、主治医より説明を受け上記の記載事項を理解しました。

従って下部消化管内視鏡検査を受けることに

同意します

同意しません

鎮静剤の使用について医師と相談し

鎮静剤の使用を  希望します

希望しません

上記注意事項(検査の実際③)を理解した上で ポリープ切除を  希望します

希望しません

年 月 日 患者署名もしくは代理署名

# 下部消化管内視鏡検査問診票

【ご記入下さい】

次の質問に（はい・いいえ）のどちらかを○で囲んで下さい。

- 今までにこの検査を受けたことがありますか？ ..... (はい・いいえ)
- 胃腸の病気を指摘されたことがありますか？ ..... (はい・いいえ)  
具体的な内容を記載して下さい ( )
- 心筋梗塞・狭心症・高血圧・不整脈等と言われたことがありますか？ ..... (はい・いいえ)
- COPD（慢性閉塞性肺疾患）と言われたことがありますか？ ..... (はい・いいえ)
- 気管支喘息と言われたことがありますか？ ..... (はい・いいえ)
- 脳梗塞と言われたことがありますか？ ..... (はい・いいえ)
- 重症筋無力症、パーキンソン病、てんかんと言われたことはありますか？ ..... (はい・いいえ)
- 緑内障または眼圧が高いと言われたことはありますか？ ..... (はい・いいえ)
- 男性の方で、前立腺肥大がありますか？ ..... (はい・いいえ)  
尿が出にくい症状がありますか？ ..... (はい・いいえ)
- 糖尿病で治療中ですか？ ..... (はい・いいえ)
- 血液をさらさらにする薬を飲んでいますか？ ..... (はい・いいえ)
- お薬で気分が悪くなったり蕁麻疹が出たりしたことがありますか？ ..... (はい・いいえ)
- 麻酔（歯科治療の際など）でアレルギーが出ましたか？ ..... (はい・いいえ)
- お薬のアレルギーがある方は、お薬の名前が分かれば記入して下さい。  
(アレルギーのある薬品名： )
- 授乳中・妊娠の可能性がありますか？ ..... (はい・いいえ)
- ペースメーカーや義歯、補聴器、ピアス等のアクセサリーをつけていますか。 (はい・いいえ)
- おなかの手術を受けたことがありますか？ ..... (はい・いいえ)  
具体的な内容を記載して下さい ( )
- 検査に関して、ご質問があればお書き下さい。

( )

年 月 日 患者署名もしくは代理署名 (続柄)

## 【医師記載欄】

- 抗血小板薬／抗凝固薬について 内服 なし・あり

薬品名： ワーファリン・プラザキサ・イグザレルト・エリキユース・リクシアナ  
バイアスピリン・バファリン・パナルジン・プラビックス・エフィエント・プレタール  
コンプラビン・タケルダ・エパデール・ロトリガ・プロサイリン・ドルナー・ペルサンチン・  
ロコルナール・コメリアン・オパールモン・プロレナール・アンプラーグ

内服を続けて下さい。  月 日から内服を中止して下さい。

- ▲鎮痙薬 可 不可 ブスコパン・グルカゴン
- ▲鎮静薬 可 不可 ドルミカム
- ▲鎮痛薬 可 不可 ソセゴン・オピスタン

年 月 日 説明医師： 大津 威一郎 印