

## 下部消化管内視鏡検査の説明書

患者： \_\_\_\_\_ 様、検査日は \_\_\_\_\_ です。

- 1. 目的：**下部消化管内視鏡検査は、排便異常（便秘、下痢など）、血便、腹痛や腹部膨満感などの原因を調べるため行います。また検診や便潜血反応陽性の際に精密検査として行います。
- 2. 検査の内容：**検査は、肛門から電子スコープ（直径 11mm 程度）を大腸の奥まで挿入し、大腸のポリープや癌、あるいは腸の炎症などを発見するため行います。
- 3. 検査の前処置など：**検査を正確に行うために、事前に腸の内部をきれいにする必要があります。
- 4. 注意事項**
  - ・検査前日の夜 7 時以降は一切食事をしないでください。水分は構いません。
  - ・検査前日の夕食後、処方された検査用の下剤を内服して下さい。
  - ・検査当日の朝から腸管洗浄液 2 リットルを飲んでいただきます。便が黄色い水の状態になったら検査可能となります。
  - ・検査の前に、腸の動きを止める注射をします。緑内障、心臓病、前立腺肥大、甲状腺機能亢進症のある方は、副作用がしやすいので事前にお申し出ください。
- 5. 注意事項：**大腸は 3 カ所ほど曲がり強い場所があり、通過するとき痛みがでることがあります。また、空気をいれて観察するため、検査後お腹が張ることがあります。検査時間は 10～30 分程度ですが、腸の長い方、腹部手術の既往がある方は 1 時間程度かかることもあります。
- 6. 組織採取（生検）について：**病気が見つかった場合に、生検することがあります。傷はすぐ治ることがほとんどですが、当日飲酒や刺激の強いものを摂取すると出血するため、控えてください。
- 7. ポリープに対する処置：**もしポリープが見つかった場合には、その大きさや場所に応じて、検査中に切除することも可能です。当院では将来の大腸がんの予防のため基本は切除していく方針とさせていただきますが、血をさらさらに飲む薬を飲んでいる場合、大きくて手術が必要な場合、数が多くてすべては切除できない場合があります。
- 8. 検査に伴う危険（偶発症）：**①麻酔によるアレルギー、血圧低下、下剤による嘔吐や腸閉塞、②生検による出血、③腸に穴があく（腸管穿孔）、これは場合によっては手術（人工肛門を含む）が必要になることがあります。全体の頻度は 0.1%以下、死亡率は 0.0001%以下です。  
**ポリープ切除に対する危険（偶発症）：**①出血 病変を切除するとき多少の出血を伴います。まれではありますが、出血が多量に起これば輸血が必要となること、ほとんどの場合内視鏡にて止血可能ですが、外科手術が必要となることもあります。処置後、数時間、数日してから出血することがあり、その際は入院加療が必要になることもあり、入院可能な病院へ紹介することがあります。ご心配なことがございましたら、ご連絡ください。②穿孔（腸に穴があく） 消化管の壁は非常に薄いため、切除に伴い穴が開くことがあります。穿孔した場合は外科治療が必要なことがあり、場合によっては人工肛門の増設が必要になることがあります。

9. **代替可能な検査**：内視鏡検査がどうしても苦手な方の場合、ご希望があれば、眠り薬を使って楽に検査することも可能です。鎮静剤の使用の場合には、検査後に運転をすることができないため、帰宅時の手段を事前に決めていただいて検査をうけていただくようにお願いします。鎮静薬の合併症としては、呼吸困難、血圧低下などの合併症が生じる可能性があります。ご希望の方は事前にお申し出ください。
10. **検査の同意を撤回する場合、セカンドオピニオンについて**：同意書に変更が生じた場合、いつでも変更することができます。拒否した場合も、そのことによる不利益はありません。なお、緊急の場合または医学上の立場から、処置の変更を必要とする場合があります。
10. **連絡先**：本治療についてご希望やご質問がある場合や治療を受けた後、緊急事態が発生した場合には、下記まで連絡を御願いたします。

中村まさし内科クリニック TEL 072-349-3918

# 検査同意書

私は 下部消化管内視鏡検査 を受けるにあたり、下記医師から検査説明書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分理解しました。また、私は、この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与えられました。以上のもとで、自由な意思に基づき、この検査を受けることに同意します。

また、この検査中に、医学上の立場から緊急処置の必要が生じた場合には、その緊急処置をうけることについても同意します。なお、検査説明書とこの同意書の写しを受け取りました。説明を受けた事項は下記 1～10 のとおりです。

1. 目的
2. 検査の内容
3. 検査の前処置など
4. 注意事項
5. 組織採取（生検）について
6. ポリープに対する処置
7. 検査に伴う危険（偶発症）
8. 代替可能な検査
9. 検査の同意を撤回する場合、セカンドオピニオンについて
10. 連絡先

<説明>

説明年月日： \_\_\_\_\_

説明医師： \_\_\_\_\_

<同意>

同意年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人 \_\_\_\_\_

キーパーソン \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

●患者ご本人の検査にあたっては、キーパーソンの方がそのことを十分理解されていることが望ましいため、キーパーソンの署名をお願いしております。

●患者ご本人の容態により、ご本人からの了解を得ることが困難である場合は、キーパーソンの了解をもってこれに代えさせていただきます。

【電話による連絡先】

中村まさし内科クリニック TEL 072-349-3918

中村まさし内科クリニック