

食道・胃・十二指腸の内視鏡検査を受けられる方へ

【目的・方法】

- *この検査では食道、胃から十二指腸までの上部消化管を観察します。
- *内視鏡の先端にはビデオカメラが組み込まれており、外に設置されたテレビモニターの画像を観察します。
ポリープ、腫瘍、潰瘍、炎症などが見つかった場合には病変の一部をとり顕微鏡で詳しく調べます。
- *当日はのど（もしくは鼻）に麻酔をして検査を行いません。さらに当院ではできるだけ苦痛なく検査を受けていただく為、静脈注射による麻酔を用いることもあります。この場合検査終了後 30 分ほど休んでから検査結果の説明を行いません。

【合併症】

- *検査中必要に応じて組織採取を行いません。稀に出血、穿孔（穴のあくこと）などの合併症を生じることがあります。合併症が生じた場合は最善の処置、治療を行いません。入院、治療、緊急手術などが必要になる場合もありますので、ご承知おき下さい。最近（1993 年～1997 年の 5 年間）の全国集計では、合併症の頻度は 0.007%（14300 人に 1 人の程度）です。

【注意点】

- *合併症を予防する為、下記の項目に当てはまる方は事前にお申し出下さい。
 - (1) これまでに歯科治療、局所麻酔などでアレルギー症状の出た方あるいは気分の悪くなったことのある方（麻酔にはキシロカインを使用します）。他に薬や食べ物でアレルギーのある方。
 - (2) 現在治療中の病気がある方、また過去に入院、治療歴のある方。
 - (3) 抗凝固薬（バファリン、パナルジン、ワーファリンなど）を服用している方。
- *上記 (2) (3) に該当する方は、内視鏡治療予約時に薬の服用法について、医師と相談し、必ず服用法を守って下さい。
- *検査後鎮静薬による影響の為、眠気、視力低下、健忘などが現れることがあります。車、バイクなどの運転、また重要な判断をする仕事は避けて下さい。

御不明な点がありましたら、ご遠慮なくお尋ね下さい。

感染症の血液検査について

今回の検査にあたっては、血液汚染による危険から患者様及び医療従事者を守るため C 型肝炎ウイルス、B 型肝炎ウイルス、梅毒の検査が必要です。
つきましては上記の検査の実施にご同意くださるようお願いいたします。
検査の実施にあたってはプライバシーを厳守し、検査結果に応じた適切な医療を行います。
尚、同意を頂けず検査をお受けにならない場合でも患者様に不利益になることはありません。

平成 年 月 日

いずみ内科クリニック 担当医師 _____

食道・胃・十二指腸の内視鏡検査同意書

平成 年 月 日

いずみ内科クリニック

院長 吉原 泉 殿

今回食道・胃・十二指腸の内視鏡検査にあたり、担当医師（ ）より、検査内容とその必要性について十分な説明を受け、了解しましたので検査の実施をお願い致します。

患者氏名 _____ (印)

本人が署名できない場合

氏名 _____ (印)

続柄 ()

感染症検査承諾書

平成 年 月 日

いずみ内科クリニック

院長 吉原 泉 殿

私は、上記の感染症検査の必要性を理解して検査を受けることを同意します。

患者氏名 _____ (印)

本人が署名できない場合

氏名 _____ (印)

続柄 ()