

上部消化管内視鏡説明書および同意書

上部消化管（食道、胃、十二指腸）を観察し、炎症、潰瘍、ポリープ、腫瘍などを診断するための検査です。咽頭麻酔を使い、口から内視鏡を挿入し、観察します。その際、組織検査（顕微鏡で細胞を確認する）のための病変の一部を摘み取ってくる場合があります。（生検といいます）

【偶発症について】

この検査では、喉の麻酔によるショック、内視鏡操作により起こる出血、穿孔などが主な偶発症です。この偶発症の発生率（消化器関連の偶発症に関する第7回全国調査報告2019～2021）は0.271%で死亡例は0.0003%です。偶発症が起こる可能性はかなり低いと言えますが万が一、偶発症が起こった場合は適切な処置を行い、その際の費用は保険診療にてご本人負担となります。

検査日	年	月	日	
予約時間	:	(8:30医事課受付後、1階内視鏡センターへ)		

来院時、同意書・問診票・お薬手帳を内視鏡センター受付に提出してください。

前日、夜9時までに食事はすませ、以降は検査終了まで絶食です。
水のみ摂取可能です。

【医師記入欄】

抗血栓薬・抗凝固薬 なし ・ あり ()

糖尿病薬 なし ・ あり ()

※糖尿病薬は、内服・インスリン注射も含めて当日朝は休薬です

ペースメーカー・ICD なし ・ あり

検査後の食事について: 検査終了1～2時間後、少量の水を飲水し、むせこみがなければ食事が摂れます。

上記のことを説明しました。

検査説明医師名

【検査当日の内服薬について】 ※問診票に必ず記載してください

- ・糖尿病薬以外は朝6時までに水で服用してください。
- ・血液をサラサラにする薬（バイアスピリン・プラザキサ・ワーファリン・パナルジン・クロピドグレルなど）がある方は、医師からの休薬指示がある場合のみ中止してください。

以上、上部消化管内視鏡検査の説明に理解し、ご了承いただける方は下記同意書欄にご署名ください。

上記のとおり書面にて説明を受け理解し、上部内視鏡検査を受けることに同意致します。

同意日: 西暦 年 月 日

患者氏名

代理人氏名

(未成年の場合保護者署名欄)

(続柄)

予約変更や疑問点は下記までご連絡ください

鎌ヶ谷総合病院 代表 047-498-8111(内視鏡センターまで)

2025年4月改訂

内視鏡検査時鎮静剤使用について説明と同意書

【鎮静剤について】

内視鏡検査を受けられる場合、上部内視鏡検査では、のどの奥にカメラが触れると吐き気や嘔吐反射が出ることがあります。また、下部内視鏡検査では、腹痛を伴うこともあります。

苦痛や痛みは個人差があります。不安感の強い方や苦痛・痛みの強い方は鎮静剤を投与し、眠ったような状態で検査を受けることが可能です。使用薬剤は処置・検査を行う際に一般的に使用されますが、薬剤の添付文書上、内視鏡検査において適応とならない薬剤となります（適応外使用）。

注）鎮静効果には個人差があります。

【鎮静剤投与における偶発症（合併症・副作用）について】

注射での投与になりますので、注射刺入部の炎症・静脈炎・血管痛・アレルギー・血圧低下・呼吸抑制・低酸素血症・呼吸停止・覚醒遅延（鎮静がなかなか冷めない）・健忘（検査前後の記憶がなくなる）などの偶発症を起こす可能性もあります。

鎮静剤による偶発症の発生率（消化器内視鏡関連の偶発症に関する第7回全国調査報告2019～2021）は0.048%であり、死亡率は0.0012%と報告されています。

偶発症の確率は低いながらも完全に避けることは出来ません。

もし、起こった場合には入院・薬剤投与・気管内挿管・蘇生等の処置が必要なこともあり、その際の費用はご本人負担となります。

また、鎮静を希望されても医師の判断にて使用できない場合があります。（呼吸器疾患・循環器疾患・血圧が低い・麻痺・高齢・アレルギーなど）

【鎮静剤希望時に注意すること】

- ・鎮静剤使用後は30分から1時間ほど内視鏡センター内で休んでもらう必要があります。
- ・鎮静剤の安全性は100%ではありません。上記合併症・副作用をよくご理解ください。
- また、鎮静剤の効きは個人差があります。
- ・車、バイク、自転車で来院された方は鎮静剤は使用出来ません。必ず公共の乗り物・家族などの送迎にて来院してください。
- ・検査当日は、終日、車・バイク・自転車の運転や、危険を伴うお仕事は避けてください。
- もし、お約束を守れず事故などに至った場合、当院では一切責任を負いかねます。

私（患者様）は、鎮静剤投与の説明をよみ上記の事項に同意したうえで

☐ 内視鏡施行時の鎮静剤の使用を希望し、終日車・バイク・自転車の運転はしません

☐ 内視鏡施行時の鎮静剤の使用を希望しません

（どちらかに✓をお願いいたします。）

同意日：西暦 年 月 日

患者氏名

代理人氏名

（未成年の場合保護者署名欄）

（続柄）

上部・下部消化管内視鏡検査 問診票

～検査を安全に行うためのご質問です～

この問診票は検査当日に記入し、検査同意書・お薬手帳もご持参ください

1. 今回行う内視鏡検査を受けたことがありますか	ある・初めて ↳ (当院・他院)
2. ピロリ菌の検査をしたことがありますか → はい(陽性 陰性) ・ いいえ ・ わからない	
3. ピロリ菌陽性の方は、除菌を何回うけましたか → 1回 ・ 2回 ・ わからない	
4. 本日は車(バイク)や自転車をご自分で運転してきましたか	はい ・ いいえ
5. アレルギーはありますか なし たまご 大豆 ミント アルコール 造影剤(ヨド系) 歯医者での麻酔(キシロカイ) その他()	
6. 次の病気と言われたこと、治療中のものはありますか なし 胃 大腸 盲腸 腸閉塞 心臓病 狭心症 不整脈 緑内障 前立腺肥大症 脳梗塞 糖尿病 喘息 高血圧 便秘症	
7. COPD(慢性閉塞性肺疾患)・肺気腫と言われたことがありますか	はい ・ いいえ
8. 次の手術を受けたことがありますか なし 胃 大腸 盲腸 胆のう 肝臓 脾臓 膵臓 腎臓 膀胱 前立腺肥大 子宮 卵巣 帝王切開 透析シャント(右・左) 乳房(右・左)	
9. ペースメーカーや埋め込み式除細動器(ICD)は入っていますか	はい ・ いいえ
10. 血液の流れを良くする薬を飲んでいますか 服用なし ワーファリン バイアスピリン シロスタゾール クロピドグレル リクシアナ イグザレルト エリキュース リマプロストアルファデクス エフィエント エパデール(イコサペント酸エチル) その他()	
11. 普段飲んでいる薬があれば、すべて記入してください ()	
12. 女性の方にお尋ねします 現在妊娠中または授乳中ですか	はい ・ いいえ
13. この検査を受けることになった症状や理由を記入してください 例: 腹痛 下痢 () 健診希望など ()	