

大腸カメラを受けられる方へ（説明と同意書）

<目的・方法>

腹痛、下痢、血便や貧血の原因を調べ、炎症、ポリープ、癌などを診断するために行う検査です。肛門から内視鏡を挿入して直腸から回盲部までの観察と撮影を行います。検査中に色素を散布して、より詳細な観察を行ったり、生検（組織の一部を採取）やポリープ切除をして組織診断を行うことがあります。

<偶発症>

内視鏡検査後、特に生検やポリープ切除を行った場合、稀に出血や穿孔などの偶発症が起こることがあります。その発生頻度は全国集計（2008～2012 の5年間）で0.011～0.564%（手技によって異なります）、死亡率は0.0009%（約10万人に1人）でした。万が一、偶発症が起きた際にはそれに対する最善の処置、治療を行います。出血に対しては輸血が必要となる場合や入院、手術が必要となる場合があります。あらかじめご承知おきください。

なお、ポリープ切除を行った場合は、1週間程度の生活の制限があります。

<鎮静剤の使用に関して>

以前の内視鏡検査で痛みが出たり苦しかったりした方は、鎮静剤を使用し眠くなった状態で検査を受けることをお勧めします。鎮静剤を使用した場合、血圧低下や呼吸抑制がおこる場合があります。血圧や酸素飽和度を

測定し、適宜、酸素投与などを行って安全に検査を施行しますが、重度の合併症が起こることがあります。検査後20～30分程度、しっかり目が覚めるまでベッドでお休みいただきます。自動車、バイク、自転車などの運転は終日お控えください。

上記の説明に納得し検査をご希望する方は、この同意書にご署名の上、提出してください。

同意書を提出された後でも検査を中止することはできます。いつでもお申し出ください。

ご不明な点がありましたら医師または看護師にお尋ねください。

=====

浦和消化器内視鏡クリニック 院長 殿

私は、大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に記載された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。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。

鎮静剤の使用を（希望する ・ 希望しない）

その場でポリープ切除を（希望する ・ 希望しない）

【説明】

説明年月日：令和 年 月 日

説明医師： _____

【同意】

同意年月日：令和 年 月 日

同意者（本人）： _____