

## 上部消化管内視鏡検査の説明書

上部消化管内視鏡検査（いわゆる胃カメラ）を受けられる方へ

(説明医師名)

(患者名)

医師 更生 太郎 は、患者 安城 花子 様に次のような説明を行いました。

### 1. 検査の方法・目的

上部消化管内視鏡検査は、口から直接内視鏡を挿入し、食道、胃および十二指腸を観察し、潰瘍、ポリープ、がん、炎症などの病気の診断を行うことを目的としています。検査前に嘔吐反射を防ぐために、のどにキシロカインによる麻酔を行います。この薬によるアレルギー反応（血圧低下や呼吸困難）が起こる場合がありますので、以前内視鏡検査や歯の治療で気分が悪くなったことがあればお申し出ください。また、検査直前に胃や腸の動きを抑える薬（抗コリン薬）を筋肉注射します。緑内障、前立腺肥大症、不整脈のある方は、他の薬剤に変更しますのでお申し出ください。

### 2. 検査に伴う危険性（偶発症）

のどの麻酔に用いるキシロカインによるアレルギー（ショックなど）、抗コリン薬によるショック、鎮静剤による血圧低下、呼吸抑制などがありますが、頻度は0.0059%（約17,000検査に1件）です。内視鏡の挿入時や内視鏡による観察時に生じる出血や穿孔、生検による出血などがありますが、その頻度は0.012%（約8,300検査に1件）です。出血が大量な場合や穿孔が生じた場合には手術となることがあります。生検が行われた場合には帰宅後も再出血することがありますので、のどの痛み、体の違和感、吐血や黒色便などにお気付きの場合には、速やかに安城更生病院へご連絡ください。（発生頻度は、日本消化器内視鏡学会1998～2002年の全国調査による）

愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院院長殿

## 上部消化管内視鏡検査の同意書

(説明医師名)

私は 更生 太郎 医師から上部消化管内視鏡検査の必要性と偶発症の説明を受けて理解しましたので、安城更生病院にて検査を受けることに同意します。また偶発症が生じた場合には必要な処置・治療を受けることを承諾します。

(同意した日付)

令和 ○○年 ○○月 ○○日

(同意サイン)

同意者 安城 花子 (自署)

患者との続柄 本人