

上部消化管内視鏡検査のご案内

■ 実施日

月曜日～金曜日

■ ご用意いただく書類

「診療情報提供書（内視鏡検査予約依頼票）」

「上部消化管内視鏡検査の説明と同意書」（患者様にご署名をいただいたもの）

■ 検査内容

- ・上部消化管内視鏡検査
- ・セデーションは実施していません

■ 内服薬について

バイアスピリン（バファリン）・パナルジン・ワーファリン等抗凝固薬を服用中の場合は、1剤内服の場合はそのまま内服していただいて大丈夫ですが、複数個の抗凝固薬内服時は、生検できない場合がありますので、ご了承ください。

■ 結果について

- ・検査結果は2～3日以内に郵送いたします。病理組織検査を行った場合は10日程かかります。
- ・当院からは、患者様に対し結果についての説明はいたしません。先生からご説明をお願いします。

上部消化管内視鏡検査ご予約手順

手順 1

ご予約をお電話にて承りますので、地域連携センターまでご連絡下さい。

お問い合わせの先： 地域連携センター TEL 03-5963-3421 (直通)
 月～金 8時30分～17時
 土 8時30分～12時30分

手順 2

次の2点の書類を当センターへ FAX をお願いします。

- ・診療情報提供書 (内視鏡検査予約依頼票)
- ・上部消化管内視鏡検査の説明と同意書

用紙	連携医療機関	患者様
診療情報提供書 (内視鏡検査予約依頼票)	当センターへ FAX を お願いします。	
上部消化管内視鏡検査の 説明と同意書 ※経口と経鼻にて用紙が 違います	当センターへ FAX をお願いし ます。患者様にご説明のうえ、 連携医の先生の署名をご記入く ださい	同意書署名をお願いします。 検査当日に、検査当 時に原本の持参 をお願いします。

手順 3

次の2点の書類を当センターから FAX をいたしますのでご確認ください。

- ・内視鏡検査生理検査予約確認票
- ・上部消化管内視鏡検査を受けられる患者様へ

用紙	連携医療機関	患者様
内視鏡検査予約確認票	連携医の先生へのご案内です。 内容をご確認ください。	
上部消化管内視鏡検査を 受けられる患者様へ	患者様へお渡しください。	内容をご確認ください。

上部消化管内視鏡検査（経口）の説明と同意書

様

【目的】 上部消化管とは食道・胃・十二指腸を指します。これらの場所にできる病気（炎症・潰瘍・ポリープ・がん・食道静脈瘤など）を見つけ、適切な治療方法を考えるために行います。

【方法】 まず、胃の中を見やすくするシロップを飲んでから、のどをスプレーで麻酔をします。内視鏡を口から挿入し、上部消化管をまんべんなく観察します。必要ならば小さな組織を採取して、顕微鏡検査で良性か悪性かを判断します。また、出血している場合（食道静脈瘤、胃十二指腸潰瘍など）には止血処置を行うこともあります。

【偶発症】 診断のための内視鏡検査でもごくわずかですが合併症があり得ます。前処置で使用する薬剤でアレルギーや強い副作用を起こすことがあります。薬剤アレルギー、心臓病、不整脈、緑内障、前立腺肥大症、糖尿病のある方は申し出て下さい。内視鏡操作によって起こる出血や穿孔は、全国集計でその頻度が、0.007%、死亡率 0.00045%でした。万一、偶発症が発生したときは外科処置を含めた最善の処置をいたします。

以上、了解された方は同意書にご署名の上、当日看護師にお渡しください。また、同意書を提出された後でも検査を中止することができますのでいつでも申し出ください。

年 月 日

説明医師

上部消化管内視鏡検査についての上記説明を受け、内容を理解した上で、検査を受けることに同意します。

年 月 日

[患者] 氏名 _____ 印

[親族または後見人] 氏名 _____ 印（続柄 _____）

上部消化管内視鏡検査（経鼻）説明書

病名：逆流性食道炎、食道がん、胃がん、胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、疑い、その他（ ）

予定検査名：上部消化管内視鏡検査

1) 目的:

上部消化管とは食道・胃・十二指腸を指します。これらの場所にできる病気（胃炎・潰瘍・がん・ポリープ・静脈瘤など）を見つけ、適切な治療方針を決めていくために行います。また出血している場合には止血処置を行うこともあります。

2) 検査の準備:

薬剤アレルギーがある、妊娠している、出血しやすい体質の方や抗血栓薬（いわゆる「血液サラサラ」の薬）を内服している方は事前に申し出ください。また、検査前日夜 9 時以降は食事をしないでください。検査当日来院するまでの間の水の摂取は可能です。内服は主治医の指示通りにおこなってください。

3) 方法:

胃の中を見やすくするシロップを飲んでから、鼻腔を広げるスプレーをし、両鼻を麻酔します。通りが良いほうの鼻から内視鏡を挿入し、上部消化管を観察します。必要があれば小さな組織を採取して、顕微鏡検査で良性か悪性かを判断します。また、出血している場合（食道静脈瘤、胃十二指腸潰瘍など）には経口内視鏡に変更し止血処置を行うこともあります。

4) 検査後経過:

検査後の食事開始時間については終了後に説明します。当日は車などの運転はお控えください。

5) 偶発症合併症について・発生した場合の対応:

検査で使用する薬剤でアレルギーや強い副作用を起こすことがあります。検査や止血処置は十分慎重に行いますが、偶発症として、消化管穿孔・出血・肺炎などが起こることがあり、緊急手術・輸血・入院が必要になることがあります。偶発症が発生したときは外科処置を含めた最善の処置をいたします。（なお、その際の医療は通常の保険診療となります。）また、静脈麻酔を使用した際には、呼吸抑制（呼吸が不十分になる）を認めることがあります。その際には酸素投与や静脈麻酔の中止など適切に対処いたします。

6) 本検査以外の検査方法:

上部消化管の検査方法としてはバリウム造影検査があります。この場合は組織検査ができないため最終的には内視鏡検査が必要になる場合があります。

7) 検査を拒否した場合の取り扱いと同意の撤回について:

本検査を行わない場合、病気が正しく診断できず誤った治療を選択する可能性が出てきます。また、この同意は検査施行前であればいつでも取り消すことができ、特別に不当な扱いを受けることはありません。同意を取り消す場合は速やかに担当医にお申し出ください。

上部消化管内視鏡検査（経鼻）同意書

私は、患者_____様に対して

医療行為：上部消化管内視鏡検査（経鼻）の必要性、危険性、および合併症などについて前項のように説明いたしました。

ご提示した医療行為の必要性、危険性、合併症、またその医療行為を行わない場合に予想される経過をご理解いただけましたでしょうか。

わからないことは説明者にご質問ください。希望があればお伝えください。

ご承諾いただければ、この医療行為を行うことに同意をお願いします。

また、この同意はこの医療行為を行う前であれば、いつでも取り消すことができます。

説明日：

説明医師 _____ 印

看護師 _____

立会者 _____

私は前項に記載された内容の説明を受け、この医療行為を行うことに同意します。

またこの医療行為実施上必要な処置および制約についても併せて同意します。

その他希望があれば申し出ます。

東京北医療センター センター長 殿

署名日： 年 月 日

患者署名 _____

家族署名 _____ 続柄 _____

付添者署名 _____ 続柄 _____

代筆の理由：書字困難 ・ 意識障害 ・ その他