

同意書

☐下部内視鏡検査（大腸カメラ） ☐上部内視鏡検査（胃カメラ）を受けるに当たり、

1. 目的と必要性
2. 検査前および当日の注意事項
3. 検査後の注意点
4. 偶発症

について説明を受け、納得いたしました。

同検査および治療の実施について同意します。

検査の実施日 年 月 日

住所

氏名（ご署名）

ご本人の電話番号

緊急連絡の電話番号 （ご関係 ）

患者様が未成年である場合は親権者が、また患者様が自分で記載できない場合は
代理人がご署名ください。

親権者または代理人 （ご本人との続柄： ）

住所

電話番号

氏名（ご署名）

じんないクリニック

問診票

氏名 _____ 様 _____ 電話番号 _____

今回胃や大腸内視鏡をお受けになる理由で当てはまるものに○をしてください。	① 検診で便潜血陽性 ② 肛門出血 ③ 排便異常（下痢・便秘） ④ 胃の不調（ ） ⑤ その他（ ）
当てはまる疾患があれば○をしてください	① 高血圧 ②糖尿病 ③緑内障 ④心疾患 ⑤前立腺肥大
上記以外で現在治療中の病気があれば病名をお書きください。	
血がサラサラになる薬（抗凝固剤）を内服していますか。	① 無 ②有（ ）
現在服用中の薬をすべてお書きください。	
過去に大きな病気をされたことがあれば病名をお書きください。	
以前に薬や注射で副作用やアレルギーを経験したことがありますか。	① 無 ②有（ ）
以前にお腹の手術を受けたことがありますか	① 無 ② 虫垂炎 帝王切開 ③ その他（ ）
以前に胃の検査を受けたことがありますか	① 無 ②有（ 年前）
あればその結果	
ピロリ菌の検査を受けたことがありますか	① 無 ② 有 結果（ ）方法（血液 便 生検 呼気 不明 ） 除菌（した・していない） 除菌判定（ ）
以前に大腸検査を受けたことがありますか	① 無 ②有（ 年前）
あればその結果	
女性の方は妊娠やその可能性はありますか	①無 ②有

伝えておきたいこと、質問などあればお書きください。

内視鏡的大腸ポリープ切除術（短期滞在手術）に関する説明と同意書

患者氏名

様

病名 大腸ポリープ

<目的・手術方法> 内視鏡的大腸ポリープ切除術

大腸ポリープには切除必要なものと切除不要なものがあります。切除が必要なものは悪性化している可能性のあるものや、将来的に悪性化する可能性のあるものです。そのためある程度の大きさのポリープは切除が望ましいと考えられます。手術にはポリープ切除による治癒という目的の他、ポリープ全体の組織を調べるという目的があります。

病変に応じた種々の治療法があり適した方法で切除します。電流を流して熱で焼き切る場合もあります。

（指輪やネックレスなどの金属類は自宅で外してきてください）

抗血栓薬など（血液をサラサラにする薬）を内服中の場合は休薬の必要な場合がありますので、あらかじめお申し出ください。ポリープの大きさ、数によっては入院可能な施設へご紹介します。

<合併症（偶発症）>

すべての医療行為にはリスクがありますが、ある一定の確率で合併症が起こります。

出血：検査全体の0.2～0.5%（1000人に2～5人）特にポリープや粘膜の切除を行ったときに起こることがありますが、検査中であれば止血処置を行います。

穿孔：検査全体の0.01～0.02%（10000人に1～2人）まれに大腸に穴があくことがあります。

動悸：腸の動きを抑える薬（ブスコパン）の影響で胸がドキドキしたり、嘔気が出ることがあります。この薬は不整脈、心臓病、緑内障、前立腺疾患、甲状腺疾患のある方には投与を控える場合があります。治療中の方はお申し出ください。

また、糖尿病の方もお申し出ください。（代替え薬考慮のため）

薬剤によるショック・アレルギー：どの医療行為においても、極まれに薬剤により起こることがあります。呼吸抑制、血圧低下、徐脈などを発症することがあります。

合併症が起きたときは適切な処置を行いますが、入院が必要と判断した場合は、入院施設への転送手配を行います。

<注意事項>

- ① 治療後は汗をかくようなこと（入浴、激しい運動、辛い食事など）やアルコールを控え、シャワー浴、胃腸にやさしい食事（おかゆ、うどんなど）にしてください。（期間は医師に確認）
- ② 切除した組織は病理検査し、2週間程度で結果が返ってきますのでご来院ください。
- ③ 抗血栓薬服用中の方は、ポリープ切除後の開始時期を医師に確認してください。

以上の説明を受け、ポリープ切除に同意します

年 月 日 患者もしくは代理人署名 _____

医療法人 じんないクリニック