

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の説明書

1. 病名・目的

- 消化管症状に対する検査、 定期経過観察、 治療、 その他：

1-1. 症状

- 腹痛、 嘔吐、 貧血、 その他：

1-2. 経過観察疾患

- 食道病変(逆流性食道炎、食道静脈瘤、良性ポリープ、粘膜下腫瘍、食道癌など)
 胃病変(慢性胃炎、胃潰瘍、胃静脈瘤、良性ポリープ、粘膜下腫瘍、胃癌など)
 十二指腸病変(十二指腸潰瘍、良性ポリープ、粘膜下腫瘍など)
 その他：

1-3. 治療内容

- 消化管出血に対する止血、 異物誤飲に対する摘出、
 ポリープ・癌に対する切除/切離、 その他：

2. 胃カメラについての概要と必要性和有効性について

咽を麻酔し、直径 1 センチ弱の内視鏡を挿入します。（経口または経鼻）

検査中に病変が存在したまたは疑われた際には、その部位の組織の一部を鉗子で採取し（生検といえます）、病理組織検査を行い、診断します。

また吐血時の緊急内視鏡検査などにおいては、止血処置などの内視鏡的治療が必要と判断された場合には、直ちに治療に移ることもあります。

3. 鎮痛・鎮静剤について

検査中痛みを伴うため、鎮痛・鎮静剤を使用します。鎮痛・鎮静剤使用の偶発症として、血管炎、血圧低下、呼吸抑制、低酸素血症、アレルギー反応などが出現する可能性があります。検査中は呼吸心拍監視モニターで観察・記録し、症状出現時は速やかに対症療法を行います。

※鎮静剤を使用した場合は、検査当日は車・バイク・自転車の運転はできません。公共の交通機関などで来院して下さい。

4. 胃カメラによる合併症について

内視鏡検査は安全で有用な検査ですが、きわめて低頻度ですが、出血・穿孔・肺炎・血栓塞栓症など偶発的に合併症が発生する可能性があります。

・全国集計（2022 年度）で上部消化管内視鏡検査に伴う偶発症発生頻度は、0.014%、でした。

（日本消化器内視鏡学会 JED 白書）

・経鼻内視鏡を受けられた方で検査後、鼻血が出ることがあります。

* 合併症が生じた場合は最善の治療を行います（なおその際の医療は通常の保険診療となります）

患者ID @PATIENTID
氏名 @PATIENTNAME
発行日 @SYSDATE

す)。また、死亡の報告もゼロではありません。

*なお、血液をさらさらにする薬（抗血小板薬・抗凝固薬）を内服中の方は、中止すると元の病気が悪化する可能性がありますので、原則として内服したまま検査を行います。また薬の種類によっては生検する時に、出血の危険性があります。必ず主治医にお申し出下さい。

5. 原則禁忌

消化管穿孔、イレウス、強度の消化管狭窄、腸管の手術後で主治医により安全に検査できることが確認できていない場合

6. 併用禁忌薬

禁忌となる薬はありませんが、検査の際に中止する必要がある薬があります。

7. 胃カメラをしない時の経過予想

食道・胃・十二指腸の観察・診断が不十分となり、原疾患の発見の遅れから適切な治療ができないことがあります。

8. 他の検査法との比較、その利点と危険性

食道・胃・十二指腸を観察するその他の主な検査としては、消化管造影検査、超音波画像検査、CT 検査があります。いずれの検査も粘膜の性状を観察するところまではできません。検査の苦痛負担を考慮して代替検査を行うこともありますが、検査の精度としては劣ることになります。

9. 研究への協力

医学研究、学術研究のための情報活動ならびに情報提供に利用させていただく場合があります。

10. 個人情報保護

個人情報の保護とプライバシーには十分な配慮を行います。

11. 同意と撤回

同意書署名後も、不明な点への質問や、検査実施前であれば同意の取り消しが可能です。

※経過観察、治療目的で同様の検査処置を行う場合は、この同意書をもって有効とさせていただきます

患者ID @PATIENTID
氏名 @PATIENTNAME
発行日 @SYSDATE

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）同意書

私は、これから実施する上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の必要性、危険性及び合併症等について説明いたしました。合併症・偶発症が生じた場合には、最善の処置・治療を行わせていただきます。

説明年月日 20 年 月 日

医師（署名）

同席者（署名）

同席者なし

広島市立舟入市民病院 病院長 殿

私は、現在の病状及び上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の必要性とその内容、これに伴う危険性等について十分な説明を受け 理解いたしました。また、同意後、いつでもその同意が撤回できることの確認をいたしました。

説明を理解したうえで、この医療行為を受けるまた必要があれば組織検査を受けることに

同意します

同意しません

検査方法は

経口法

経鼻法

を希望します。

鎮静/鎮痛剤の説明を理解したうえで、検査中に鎮静/鎮痛剤を使用することに

希望します

希望しません

緊急性の必要が生じた場合には、適宜処置を受けることに

同意します

同意しません

同意年月日 20 年 月 日

自筆

患者氏名

代筆

（代筆者氏名

）

（15歳未満

同意が困難

身体的理由で記入困難）

自筆

代諾者氏名

（患者との続柄

）

代筆

（確認者氏名

）

（身体的理由で記入困難

電話等で確認）

※ 代諾者は親権者、未成年後見人等、扶養義務者、配偶者、親、子、兄弟姉妹に相当する成人になります

（誰も署名ができない理由）