

上部消化管内視鏡検査問診票・同意書

患者氏名 _____ 様 _____

上部消化管内視鏡検査問診票

記入お願いいたします。

- | | | | |
|-------------|----|---|----|
| 1、心疾患の有無 | 有り | ・ | 無し |
| 2、緑内障の有無 | 有り | ・ | 無し |
| 3、前立腺肥大症の有無 | 有り | ・ | 無し |
| 4、糖尿病の有無 | 有り | ・ | 無し |

以上の項目ならびに薬剤アレルギーなどを考慮したうえで

- | | | | |
|---------|---|---|----|
| ブスコパン使用 | 可 | ・ | 不可 |
| グルカゴン使用 | 可 | ・ | 不可 |

- 5、常用内服薬中での抗凝固剤の有無 有り ・ 無し ・ 不明

*この項目に記入のない時、もしくは抗凝固剤の有無を把握していない時は、いかなる場合でも生検は施行いたしません。

抗凝固剤有の場合、 日前より中止・継続中
(中止薬剤名:)

- 6、食道・胃の手術歴の有無 有り ・ 無し

上部消化管内視鏡検査同意事項

同意、署名お願いいたします。

1 検査の目的、必要性

上部消化管とは食道、胃、十二指腸を指します。これらの部位にできる病気(炎症、潰瘍、ポリープ、がん、静脈瘤など)を見つけ、適切な治療を考えるために行います。

2 方法

- ・当日食事をしていないことを確認した後、胃の泡を消す薬を内服します。
その後キシロカインという薬でのどの奥を麻酔し検査によるのどへの苦痛を少なくします。
(経鼻の場合は、鼻から麻酔をします)
- ・胃腸の運動を抑えて観察しやすくするために検査直前に筋肉注射を行いますが、合併症によっては注射をしない場合もあります。検査台に左向きで横に寝て、マウスピースをくわえ検査を開始します。
- ・検査所要時間はおよそ15-20分ですが、病変の性質などで多少前後します。
- ・より詳細な観察を必要とする場合、胃ではインジゴカルミンという青い色素、食道ではルゴールという茶色の色素を使用します。検査後、尿や便の着色(緑色調)、ルゴールでは胸やけが起こることがありますが、基本的には無害な物質であり、自然に消失しますのでご心配ありません。
- ・炎症や腫瘍の性質をより詳細に調べるために生検(病理学的な評価のための数ミリ大の組織片の採取)をすることがあります。

3 危険性、合併症、副作用について

非常に安全な検査ですが、ごく稀に偶発症が発生する場合があります。

のどの麻酔や筋肉注射によるアレルギーやショック症状、食道・胃・十二指腸の損傷や穿孔、生検による出血、その他、予期できない偶発症が起こりえます。万が一合併症が発症した場合、止血処置・輸血・外科的手術あるいは蘇生などの最善の方法で対処します。

上記について同意します。

依頼医師名: _____

ご本人(又は代理人)の署名: _____