

# 下部消化管内視鏡検査・治療の説明および同意書

## 【概要】

肛門から内視鏡を挿入して、直腸から盲腸までの大腸全体を詳細に調べる検査です。ポリープ、がんなどの病変を認めた場合、内視鏡治療が可能な状態であれば、病変の大きさや形にもよりますが、その場で内視鏡を用いて切除します。

## 【検査まで】

- ① 検査前日は検査食を摂って頂きます。夜8時以降は絶食して下さい。検査当日は食事を摂らないで下さい。水やお茶、スポーツドリンクに限り水分補給はかまいません。
- ② 当日朝の心臓や血圧のお薬は内服して下さい。当日朝の糖尿病のインスリンは中止して下さい。血をさらさらにする薬を内服されている場合は、前もって中止する場合がありますので、医師と相談して下さい。
- ③ 前処置（腸の洗浄）が十分でない場合には詳細な検査ができませんので、検査当日の早朝よりご自宅（または職場で）腸管洗浄液を1.8リットル飲んで頂き腸管の洗浄をおこなったあと検査をおこないます。個人差がありますが、前処置(腸の洗浄)の開始から検査の終了までには3時間以上を要す場合があります。

なお、通常の前処置法にて十分な腸管検査ができない場合には、浣腸や洗腸を追加し行います。

- ④ 検査直前に腸の動きを抑える為の注射を行います。  
注射の影響で、目がチカチカしたり、物が二重に見えたりする症状が起こりえます。  
当日、車やバイク、自転車の運転は危険ですので、絶対にしないで下さい。

## 【検査の実際】

- ① 検査中に異常が疑われる場合には、色素を撒布したり、良性・悪性の診断目的に粘膜組織の一部を採取（生検）するによる精密検査を行います。
- ② 検査時間の目安は約10分から30分です。お腹の手術を受けたことがある方は検査が長時間に及ぶ傾向があります。
- ③ 当日、腫瘍（ポリープ）を認めた場合、内視鏡的大腸腫瘍摘出術（ポリペクトミー）及び大腸粘膜切除術などを施行する事があります。この場合、約1週間の食事（香辛料の強い食事やアルコール摂取）や生活の制約（スポーツ（ゴルフ・ジョギングなど）、遠方への旅行・出張を控える）が必要となります。再度予定を御確認ください。また、解熱鎮痛剤（熱さまし・痛み止め）は5日間位なるべく使用しないようにしてください。

## 【起こりうる偶発症(注意しても、事前に「絶対ない」とは言い切れないもの)】

- ① 送気による血圧低下、気分不快感
- ② カメラがこすれることによる粘膜裂傷や出血や消化管穿孔（穴があくこと）
- ③ 粘膜組織の一部を採取すること（生検）やポリープ切除に伴う出血や消化管穿孔
- ④ 前処置（下剤内服）に伴うアレルギーや腸閉塞および腸管穿孔（腸に穴があくこと）

- ⑤ 使用する薬剤（咽頭麻酔剤・鎮痙剤・鎮静剤）によるアレルギーショック・低血糖・不整脈など  
⑥ 治療中の病気（脳梗塞・心筋梗塞など）の悪化、その他

日本消化器内視鏡学会が行った第5回全国集計（2010年）では、これらの頻度は0.078%、死亡率は0.00082%、ポリープ切除に伴う偶発症は0.274%と報告されています。このような偶発症を避けるべく細心の注意を払いますが、万一生じた場合には最善の対処を致します。ただし、止むなく処置（入院、手術を含む）が必要になった場合の医療費は患者さんの負担となりますのでご了承下さい。

万が一発生した際は外科手術も含めて適切に対処致しますが、その際、患者様負担での入院加療（輸血・手術も含めて）を要することもあります。

#### 【鎮静剤の使用について】

当クリニックでは内視鏡検査を行う際に、必要に応じて鎮静剤を使用する場合があります。鎮静剤は、検査の際に緊張を和らげ、検査を楽に受けて頂くために使用します。方法は静脈注射になりますが、静脈炎（血管の周囲が赤く腫れたり痛みを伴う）を起こす事があります。また、呼吸循環抑制を起こすので、指先で血液中の酸素濃度をモニターしながら検査を行います。

鎮静剤を使用した場合は十分に休んで（30分～1時間）から帰宅して頂いています。しかし、その後も眠気が残り判断力が低下する事があります。

当日、車やバイクで来院された場合、鎮静剤は使用できません。

◎料金の目安は、1割負担の場合、およそ 2,000円～10,000円、3割負担の場合、およそ 6,000円～30,000円です。（使用薬剤、処置内容、生検個数により異なります）

※当院では患者様の清潔な環境を保つため、使い捨てのガウン、シーツ等を採用しております。

そのため、消耗品代として別途1500円いただきますことをご了承下さい。（H26.4月より改定）

## 同意書

神津クリニック 院長・神津 隆弘 殿

私は、下部内視鏡検査および治療を受けるにあたり、その必要性、安全性（偶発症、副作用）、方法について口頭および文書（上記の記載事項）にて説明を受け、よく理解しましたので、その実施を同意します。

年 月 日 患者署名もしくは代理署名

（緊急時のご連絡先）

御芳名 続柄 電話番号

年 月 日 説明医師もしくは看護師