

患者番号		出力日	—
フリガナ 患者氏名		診療科	—
		課・室	医療連携室
生年月日	年 月 日 歳	性別	男・女
		出力者名	医療連携機関医師

## 〔説明要旨〕

多くの医療行為は、身体に対する侵襲（ダメージ）を伴います。通常、医療行為による利益が侵襲の不利益を上回りますが、医療は本質的に不確実です。過失がなくとも重大な合併症や事故が起こり得ます。医療行為と無関係の病気や加齢に伴う症状が医療行為の前後に発症することもあります。合併症や偶発症が起これば、もちろん治療には最善を尽くしますが、死に至ることもあり得ます。予想される重要な合併症については説明いたします。しかし、極めて稀なものや予想外のものもあり、すべての可能性を言い尽くすことはできません。こうした危険があることを了承した上で署名してください。

治療・検査等の名称：上部消化管内視鏡検査  経口  経鼻  鎮静剤使用

病名：

検査日時（予定）： 年 月 日 時 分

## I. 症状とその原因

心窩部痛や、胸やけ、貧血などの症状で、食道や胃腫瘍、胃潰瘍などが原因となる場合があります。

## II. 医療行為の目的と内容

上部消化管（食道・胃・十二指腸）にできる病気（炎症・潰瘍・ポリープ・がん・静脈瘤など）を発見し、適切な治療方法を考えるために行います。

## 1. 鎮静剤の使用について

上部消化管内視鏡検査により生じる可能性のある苦痛（のどの違和感、嘔吐反射の誘発など）を和らげるために鎮静剤を使用して検査を行うことが可能です。日本消化器内視鏡学会が推奨しているとおりに「完全に眠る」ことではなく「ある程度口頭でコミュニケーションがとれる」状態を目指して鎮静剤を使用しますが、鎮静剤の効き具合によっては呼吸抑制が起こり、全身状態の悪化や血圧低下を招く危険性があります。万一、そのような状態が生じた場合も最善の処置を行います。鎮静剤投与に伴う危険性をご理解いただいた上で実施の希望があれば使用するようにしております。

## 2. 経鼻内視鏡検査について

当院での上部消化管内視鏡検査は原則口からの方法で行いますが、検査目的によっては鼻からの検査が可能な場合もございます。鼻からの検査をご希望の場合はご相談ください。

## III. 方法

## 1. 検査前の準備

- 検査前に抗血栓薬（血液を固まりにくくして血栓を予防する薬）の休薬が必要な場合がありますので、検査予約時に内服されているお薬の内容を確認させていただきます。
- 併存疾患の状況によっては抗血栓薬を継続したまま検査をする場合があります。
- 検査前日は夜9時までには食事を済ませて、以降は水かお茶またはスポーツ飲料のみの摂取としてください（検査当日も検査2時間前までは摂取可能です）。
- 検査当日朝、降圧薬、抗不整脈薬などの心臓の薬、精神科の薬はお飲みいただき、それ以外の薬は飲まないようにしてください。  
糖尿病の薬も飲まないで下さい。インシュリン注射も打たないで下さい。
- 検査時鎮静剤使用をご希望の方はネイル・ジェルネイルを取り外して下さい。

## 2. 検査の内容

- 咽喉頭の麻酔：まず、胃の中の泡と粘液を除いて観察しやすくする水薬を飲んでから、のどをスプレーの麻酔薬で麻酔します。
- 注射：検査をしやすくするために鎮痙剤（胃の動きを止める薬）を注射します。  
患者さんのご希望により鎮静薬の注射を行い、眠くなった状態で検査をお受け頂くことも可能です。

患者番号	<b>1 枚目参照</b>	出力日	—
フリガナ 患者氏名		診療科	—
生年月日		課・室	医療連携室
		出力者名	医療連携機関医師

- (3) 内視鏡の挿入・観察：  
内視鏡（太さ径1cm程度）を口から挿入し、上部消化管を観察します。必要ならば小さな組織を採取（生検）して、顕微鏡で良性か悪性かを判断します（病理組織検査）。
- (4) ・鎮静薬を使用された方は、検査終了後、薬の効果がとれるまで30分前後、院内で休んでいただきます。  
・のどの麻酔が切れたら水分や食事を摂っていただいて結構です。  
組織検査を受けられた方は1時間程度あけてください。  
・当日は飲酒や喫煙はご遠慮ください。  
・希望により使用する鎮静薬の効果は人によっても異なりますが、半日くらい眠気やふらつきが続くこともありますので、検査後は車、バイク、自転車の運転は禁止です。ご自分で運転して来院された方には鎮静薬を使用できません。

### 3. 検査の流れと注意事項 3 ページ参照

#### IV. 医療行為に伴う危険性

精密な検査ほど偶発症の頻度が増加します。この検査では、のどの麻酔薬によるショック、内視鏡操作によって起こる出血や穿孔などが主な偶発症ですが、日本消化器内視鏡学会が調査した全国集計（2019～2021年）によると経口偶発症の頻度は0.044%、経鼻の場合は0.291%でした。万一、偶発症が発生した時は外科処置を含めて最善の処置をいたします。

#### V. 医療行為を行わない場合の予後等

検査を受けない場合、診断を確定することが困難となり、治療開始が遅れる場合があります。

#### VI. 代替可能な医療行為の内容・効果・危険性及び予後

バリウムによる消化管造影検査、CTやMRI検査を行う場合があります。

#### VII. 本医療行為を拒否した場合

可能な範囲で最善の医療に努めます。

#### VIII. 同意撤回

医療行為について同意した後でも同意を撤回することができます。ただし、医療行為が開始された後等、同意撤回が医学的にできない場合がありますので、詳細については、説明者（担当医師等）にご相談ください。

なお、同意が撤回された後でも準備等で発生した費用については、医療費に含まれる場合がありますので、ご承知おきください。

#### IX. その他

- ・感染症予防のため、検査や手術等の実施にあたっては、事前に感染症についての検査を実施させていただいております。
- ・医療行為に伴う合併症が生じた場合、入院治療を含めて適切な対応を行います。合併症に対する治療の医療費は患者さまのご負担となりますことをご了承ください。
- ・医療安全の確保を中心として写真や動画を撮影する場合がありますので、ご了承ください。また、これらは学会や研究会等において使用する場合がありますが、すべての個人情報とは特定できないように処理されます。

患者番号	1 枚 目 参 照	出力日	—
フリガナ 患者氏名		診療科	—
生年月日		課・室	医療連携室
		出力者名	医療連携機関医師

## ・検査の流れと注意事項

- 緑内障もしくはその疑いのある方は、眼科医に『閉塞隅角緑内障』であるか否かを確認して下さい。  
緑内障の病型が不明の場合、鎮静剤の使用ができません。
- 鎮静剤使用をご希望の方は、当日の車やバイク、自転車の運転はできません。  
公共の交通機関でお越し下さい。

	検査前日まで	当日（ / ）検査入室前	検査中・検査後
治療/ 処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 常備薬を確認します ※抗凝固薬内服休薬</li> </ul> 薬剤 ( ) 月 日から休薬  薬剤 ( ) 月 日から休薬  <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 説明後に新たな内服薬が追加になった場合、内視鏡センターに連絡して下さい</li> <li>■ 検査日を変更した場合、休薬日も変更して下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 抗凝固剤、抗血栓薬、糖尿病薬は医師の指示に従い休薬して下さい</li> <li>■ 上記以外の降圧剤、抗不整脈、精神科薬などの内服薬は、検査2時間前までに服用して下さい</li> <li>■ 鎮静剤をご希望の方はあらかじめ血管確保を行います。状態により施行医の判断で鎮静剤を使用しない事があります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医師の判断で必要時には組織を採取します</li> <li>■ 休薬した内服薬の再開日をお知らせします</li> <li>■ 生検をされた方は黒い便があった場合は病院に連絡して下さい</li> <li>■ 連絡先 日中： 胃腸センター 03-3444-6161(代表)  夜間・休日： 救急外来 03-3444-6171</li> </ul>
食事/ 安静	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 検査前日の夕食は21時までに済ませて下さい</li> <li>■ 胃切除の手術を受けた方は、消化の良い食事を18時頃までに済ませて下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 検査終了まで食事は摂れません</li> <li>■ 検査2時間前まで水、茶、スポーツドリンクの飲水は可能です</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 検査終了の飲水は30分後から可能です</li> <li>■ 鎮静剤を使用した方は30分観察が必要です</li> <li>■ 生検をされた方 ・飲水は60分後から可能です ・本日の飲酒はできません ・激しい運動/スポーツをお控え下さい</li> </ul>
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ジェルネイル、マニキュアは外して下さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 検査で履物を脱ぎますので、脱ぎやすい靴でお越しください</li> </ul>	
説明/ その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 検査について医師、看護師から説明します</li> <li>■ 説明を受けた上で、検査をご希望の方は、同意書に署名をしてください</li> <li>■ 検査当日にご持参いただく書類の確認をお願いします □問診票 □お薬手帳（お持ちの方） □紹介状（お持ちの方）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 検査進行状況により待ち時間が発生する事やご案内順番が前後する事があります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 検査後の注意事項の用紙をお渡しします</li> <li>■ 鎮静剤の使用がない方はご帰宅いただけます</li> <li>※検査結果について 検査当日に検査結果説明は行っておりません</li> <li>■ 外来の方 次回外来診察時主治医から説明があります</li> <li>■ 企業や他診療所等の経由で予約を取られた方 検査結果を紹介元へ郵送します</li> </ul>

患者番号	1 枚目参照	出力日	—
フリガナ 患者氏名		診療科	—
生年月日		課・室	医療連携室
		出力者名	医療連携機関医師

## X. 質疑応答

以上、私は、患者 \_\_\_\_\_ 様 の上記医療について説明致しました。

(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名：

医師：

北里大学北里研究所病院 病院長 殿

日付：(西暦) 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、上記の説明を受け、質問する機会を得て、内容を理解しました。

私は、医療行為を受けることまた、上記の医療行為を行う上で必要な処置及び、上記の医療行為において予期されない状況が発生した場合には、それに対処する緊急処置を受けることに

同意します  同意しません

また、私は、上部消化管内視鏡検査の施行時に鎮静剤の投与を

希望します  希望しません

本人署名 \_\_\_\_\_ (※患者本人のみが署名可能)

〈代理人記入欄〉

代理人署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

代理人現住所 \_\_\_\_\_

代理人電話番号 \_\_\_\_\_

〈医療者記入欄〉代諾・代筆理由

- 患者が意思を表明できないため  
 患者が正常な判断能力を欠くため  
 患者が未成年のため  
 患者に同意を求めることが不相当と医学的に判断されるため  
 その他 ※理由は必ず記載

理由： \_\_\_\_\_

(以下余白)