

＜荒川区胃がん検診を受ける方へ＞ 内視鏡検査に関する説明書

氏名 _____ 様()歳

○胃内視鏡検査とは

ファイバースコープを口または鼻から挿入し、食道・胃・十二指腸の中を観察します。異常と思われる組織やポリープがあった場合は、その一部、または全部を切除します。検査費用は1,000円です。

○経口内視鏡、経鼻内視鏡の選択

経口内視鏡と、経鼻内視鏡が選択できます。経鼻内視鏡を希望されても状態によってはできない場合があります。又、鼻出血等の副作用の発生も考えられます。

○鎮静をご希望の場合

- ・別途3,300円かかります。
- ・点滴をします。
- ・検査後1時間程度休んでいただき、ご本人の状態を確認してからのご帰宅となります。
- ・呼吸抑制、点滴による血管炎、血圧、脈拍低下のリスクがあり、必要に応じて検査を中止する場合があります。
- ・当日、ご自身での自転車やバイク、自動車等の運転はできません。

○生検（組織を採取する検査）をする場合

- ・生検のみ保険診療扱いとなり、ご自身の負担割合に応じた料金がかかります。
- ・内服している薬剤によっては生検ができない場合があります。

○抗血栓薬を服用されている方

- ・抗血栓薬は休薬せず検査を実施します。
- ・服薬を継続したまま検査を行うため、出血のリスクはありますが、多くの場合適切に対処することができます。一方、薬を中止すると血栓性疾患を発症するリスクが高く、不可逆的な影響を及ぼす可能性があるため、原則休薬せずに検査を行います。
- ・抗血栓薬を2種類以上内服されている方は、生検を行うことができませんので、予めご了承ください。

○留意事項

- ・検査に伴いまれに出血・穿孔等や、薬剤等による副作用の発生も考えられます。
- ・当院では、万が一副作用が起きても、適切な処置が行えるよう万全の体制を整えておりますので、ご安心ください。

説明医師名 _____ (印)

＜荒川区胃がん検診を受ける方へ＞
内視鏡検査に関する同意書

ID: _____

_____年 月 日

説明者： _____科 医師氏名： _____^①

同席者：所属(_____) 職名(_____) 氏名： _____

下記の項目①～④についてあてはまるものに○をつけてください

- ① 胃カメラ挿入部位について 経口 ・ 経鼻
- ② 鎮静について 希望しない ・ 希望する
- ③ 生検について（必要に応じて） 希望しない ・ 希望する
- ④ 薬剤アレルギーについて なし ・ あり（ _____ ）

私は、説明を受け理解・納得しましたので、上記の診療を受けることに同意します。

_____年 月 日

患者氏名： _____

(男・女) (_____年 月 日生、 _____歳)

住 所： _____

社会医療法人一成会 木村病院 院長 殿