

上部消化管内視鏡・超音波内視鏡 に関する同意書（説明書）

患者氏名 _____ 様 性別 _____

令和 年 月 日 に以下の通り説明しました。

説明医師氏名 _____ 同席看護師氏名 _____

【上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）とは】

食道、胃、十二指腸の病気を早期発見、治療するための検査です。

【検査方法】

検査当日は内視鏡検査を円滑に行うために、喉の麻酔をします。
内視鏡を鼻または喉から挿入し、色素で染色したり、病変の一部を採って組織検査を行ったり、
内視鏡で見ながら超音波検査を行う事があります。また、出血している病変に対して止血などの
処置を行うことがあります。
検査後の食事、水分はのどの麻酔が消失する1時間後より一部を除き可能です。

【起こりうる合併症】

出血 (上部内視鏡検査全体の0.003%の頻度)
穿孔（せんこう） (上部内視鏡検査全体の0.0015%の頻度)
血圧低下・呼吸困難 (上部内視鏡検査全体の0.0006%の頻度)
などを起こす事もあります。なお、上部消化管内視鏡検査に伴う合併症の発生頻度は、全国集計
(1983～1997年の5年間)で、0.027%でした。(出典：安全な消化管内視鏡検査 2001年)

【合併症対策】

安全を第一に考え、検査は慎重かつ迅速に行い無理に推し進めることはありません。
万一、上記のような合併症が起こった場合は、大事に至らぬよう万全の対応をいたしますが
必要に応じ入院や緊急の処置・手術を要する場合があります。

令和 年 月 日に予定の上部消化管内視鏡検査、組織検査、超音波内視鏡検査
について、上記通り説明しました。

☆以上不明な点がありましたら、随時主治医にご相談ください。

また、今回の説明に他病院の医師の意見（セカンドオピニオン）をお訊きになりたい場合には、
ご希望の病院に紹介状を書きますので、ご遠慮なくお申し出ください。

上記の通り、検査が必要である説明を受け実施に、 同意します。

同意しません。

令和 年 月 日

患者氏名（署名） _____

代理人氏名（署名） _____（続柄： _____）

同意を拒否されても、また直前に同意を撤回されても、診療上の不利益を受ける事はありませんので
遠慮なく申し出てください。患者本人、ご家族と再度相談のうえ、他の方法を選択いたします。