

## 大腸内視鏡検査に関する説明書・承諾書

### 1. 【検査の目的と方法】

大腸内視鏡検査は、肛門から内視鏡を入れて、大腸の癌やポリープ、炎症などの有無を調べる検査です。その際検査のため病変の一部を採取して組織検査を行うこともあります。

### 2. 【検査前の注意】

バイアスピリン、アスピリン、バファリン、パナルジン、ワーファリン、プレタール等血液が止まりにくくなる薬を服用している方は事前に申し出て下さい。狭心症、心筋梗塞、不整脈、緑内障、前立腺肥大のある方も申し出下さい。

### 3. 【検査に伴う副作用・偶発症】

#### 使用する薬剤による副作用:

検査の際には、腸の緊張をとるための鎮痙剤の注射や苦痛を和らげるための局所麻酔剤や鎮静剤・鎮痛剤を使用することもあります。これらの薬剤により希に発疹、嘔気などの副作用が起こります。ごく稀にショック(血圧低下)などの重篤な副作用を起こすこともあります。また検査終了後もしばらくの間、眼の焦点があわなかったり眠気が持続することがあります(車の運転などはおやめください)。

#### 検査手技に伴う偶発症:

大腸内視鏡検査や組織検査、大腸ポリープ切除(施行する場合あり)によって稀に大腸の出血や穿孔(腸に穴があくこと)、ショック(血圧低下)などの重篤な偶発症を起こすことがあります。偶発症の発生頻度は、1993年から1997年の全国集計では、大腸内視鏡検査で0.04%と報告されています。検査後、血便、タール便(黒い便)や強い腹痛などの身体の異常があった場合には、当院に御連絡下さい。

万一、副作用、偶発症が起きた場合には最善の処置・治療を行います。入院や緊急の処置・輸血・手術などが必要になることがあります、その際の診療も通常の保険診療にて行います。

以上、了解された方は承諾書にご署名の上、医師または看護婦にお渡し下さい。承諾が得られない場合、検査は行いません。また承諾書を提出された後でも検査を中止することができますので、いつでもお申し出ください。

依頼元医療機関名 \_\_\_\_\_

日 付 : \_\_\_\_\_

説明担当医師: \_\_\_\_\_

貴病院において上記の検査を依頼するに当たり、その内容等について、担当医師より説明を受けて了承致しましたので、ここにその実施を承諾致します。また、実施中に起きた予期せざる状況に際しては、医学的に必要な処置を加えることも承諾致します。

社会医療法人 製鉄記念室蘭病院 殿

日 付 (ご自署): \_\_\_\_\_ 年 月 日

患者様(ご本人)(ご署名): \_\_\_\_\_

代諾者様(ご関係者)(ご署名): \_\_\_\_\_ (続柄)