

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の説明書・同意書

【茅ヶ崎市立病院病診連携用】

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）を受ける患者さまへ

1．検査の目的・必要性

上部消化管内視鏡検査は食道、胃、十二指腸の中を直接内視鏡で観察し、胃炎、潰瘍、癌などの病気を発見し適切な治療を考えるために行います。

2．検査前の注意

バイアスピリン、アスピリン、パファリン、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て下さい。

3．上部消化管内視鏡検査による危険性（合併症）

麻酔や鎮痙剤、鎮痛剤によるアレルギー反応、気分不良、ショック、他が起こりえます。内視鏡の接触による疼痛や軽度の腫脹、出血、嘔吐反射による粘膜の損傷及び出血が起こりえます。大出血を起こすことは稀（五万分の一）です。咽頭、食道、胃、十二指腸に穿孔（五万分の一）を起こすことがあり、大きな潰瘍や腫瘍があると確率がやや高くなります。生検、ピロリ菌の検査を行うと潰瘍形成や大出血を生じることがあります。

合併症によっては入院となり、輸血、緊急開腹手術、その他の治療が必要になることもあります。

4．検査後の注意

検査後下血や腹痛が生じましたら、すぐに病院に連絡して下さい。

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の同意書

私は上部消化管内視鏡検査に関してその必要性と合併症の説明を受け理解しました。私は内視鏡検査を受けることに同意します。また万一合併症を生じた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

平成 年 月 日 本人のご署名 印

家族または代理の方のご署名 印(続柄:)

紹介元医療機関名

紹介元医師 印