

下部消化管内視鏡検査および鎮静剤使用に関する同意書

医療法人社団ミッドタウンクリニック
担当施設院長 殿

～ご注意～
同意書は、ボールペンでご記入ください。

ID :
名前 :

私は、下部消化管内視鏡検査や鎮静剤投与を受けるにあたり、下記の項目にある検査の目的・内容・偶発症発生の可能性などについて十分に理解しました。さらに、医療は不確実性を伴うため検査の結果は、完全に保証されたものではないことも理解した上で、自由な意思に基づきこの検査を受けることに同意いたします。

(下記、ご確認頂いた事項に☑を入れて下さい)

説明文書内容の理解について

- ☐ 1.検査の目的及び検査の流れ
1)前処置 2)内視鏡の挿入 3)内視鏡による大腸の観察 4)生検及びポリペクトミーについて
- ☐ 2.検査前・当日朝の注意事項
1)食事について 2)内服薬について
- ☐ 3.検査後の注意事項
- ☐ 4.鎮静剤を希望される方へ
- ☐ 5.検査に伴う危険性・合併症・偶発症について
- ☐ 6.その他注意事項
- ☐ 7.代替可能な検査
- ☐ 8.検査の同意を撤回する権利について
- ☐ 9.事前に中止が必要なお薬の確認(一覧表)

検査を行う際の鎮静剤について

- ☐ 使用を希望します (※検査後～翌朝 6 時までは飲酒、乗り物の運転は致しません。)
- ☐ 鎮静は不安や苦痛を和らげるために使用するものです。効果には個人差がありますので鎮静が不十分なこともあります。安全上、適正量を超過する使用はできないことを理解しています。
 - ☐ 緑内障なし
 - ☐ 緑内障あり (次項要確認)
- ☐ 使用は希望しません

緑内障(疑い、眼圧が高い方を含む)、視神経乳頭陥凹拡大を指摘されたことがある方について

- ☐ 眼科医師の診断の上、鎮静剤使用可能であることを確認しています。
- ☐ 眼科医師の診断のもと、鎮静剤の使用を希望します。
※ 鎮静剤使用については、書類持参(診断書など)、または眼科医師の診察又は電話でご確認下さい。
[西暦 年 月 日 眼科医療機関名: 医師名:]

転倒の危険性(車椅子や杖を使用、怪我や病気、年齢により足元が不安定等)に該当する方について

- 当院では鎮静剤使用後は普段以上に転倒の危険性が高まるため、付添同伴で帰宅することを推奨しています。
- ☐ 付添を依頼して、一緒に帰宅します。(付添予定者 _____ 例 : 夫)
 - ☐ 説明文書を承諾して、付添を必要としません。

腹部動脈瘤の指摘について

- ☐ 腹部動脈瘤はない
- ☐ 腹部動脈瘤がある
 - ※ 腹部大動脈瘤の径に関わらず、下部消化管内視鏡検査は主治医の管理下にある医療機関において実施されることを推奨します。
 - ※ 当院において下部消化管内視鏡検査を希望される場合は、主治医に説明文書に記載された禁忌事項に該当しないことを確認いただいたうえで、別紙【主治医確認書】を記入いただき、検査当日にご持参ください。
(検査当日より3カ月以内)

裏面に続く

【生検】異常が見つかった場合、または、異常を疑う場合

- 生検（1～3臓器）：約4,000円～15,000円（保険診療）
 ※保険証を当日お忘れの場合は自費診療10割負担になります。（後日保険証持参でご返金となります）
 ※日本の保険未加入の方は、20割（1点20円+税）負担になります。（35,000円～100,000円程度）

- 【ポリプ切除】検査時、検査医が必要と判断した場合

- がんの治療中もしくは現在がんを患っている方**

- 神経筋疾患（ミオパチー、筋炎、重症筋無力症など）の方 ※筋委縮性側索硬化症（ALS）の方の内視鏡検査は行っていません

- | |
|--------------|
| ご自身の身体状況について |
|--------------|

【内視鏡検査前 抗血栓薬の休止薬一覧表】

分類	50音順	一般名 (成分名)	商品名 (先発品と代表的な後発品名)		消化器内視鏡診療 ★1.2	
			生検・出血 低危険度	大腸 ポリプ切除		
抗血小板薬	ア	アスピリン	アスピリン	アスピリン腸溶錠	休業なし	5日休業
	ア	アスピリン・ ダイアルミネート配合剤	バイアスピリン			
			アスファネート	ニトギス		
			パッサミン	パファリン ※市販薬含む		
			ファモター			
	ア	【配合剤】アスピリン・ボノブラザンフマル酸塩	キャブリン配合錠			7日休業
	ア	【配合剤】アスピリン・ランソプラゾール	タケルダ配合錠			
	ア	【配合剤】アスピリン・クロビドグレル硫酸塩	コンブラピン配合錠	ロレアス配合錠		
	イ	イコサペント酸エチル (EPA)	イコサペント酸エチル	エバデール		
			エバデールEM	エバデールS		
	オ	オメガ3脂肪酸エチル (EPA製剤)	オメガ3脂肪酸エチル	ロトリガ		1日休業
	サ	サルボグレラート塩酸塩	アンブラーグ	サルボグレラート塩酸塩		
	シ	シロスタゾール	シロスタゾール	プレタール		
	チ	チカグレロル	ブリリント			
チ	チエノピリジン系	クロビドグレル硫酸塩	クロビドグレル硫酸塩	ブラビックス		
		チクロピジン塩酸塩	チクロピジン塩酸塩	パナルジン		
		プラスグレル塩酸塩	エフィエント	プラスグレル塩酸塩		
ヘ	ペラプロストナトリウム	ケアロードLA	ドルナー	1日休業		
		プロサイリン	ペラサスLA			
		ペラプロストナトリウム				
抗凝固薬	ア	アビキサパン	エリキュース		休業なし	不可
	エ	エドキサバントシル酸塩水和物	リクシアナ			
	タ	ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩	ブラザキサ			
	リ	リバーロキサパン	イグザレルト	リバーロキサパン		
	ワ	ワルファリンカリウム	ワーファリン	ワルファリンK		
拡張薬	カ	カリジノゲナーゼ	カリジノゲナーゼ	カルナクリン	休業なし	1日休業
	ヘ	ヘプロニカート	ヘプロニカート			
	リ	リマプロストアルファデクス	オハルモン	リマプロストアルファデクス		
拡張冠薬	シ	ジブリダモール	ジブリダモール	ベルサンテン	休業なし	1日休業
	シ	ジラゼブ塩酸塩	コメリアンコーフ	ジラゼブ塩酸塩		
	ト	トラビジル	ロコルナール	トラビジル		
代謝循環改善薬	イ	イブジラスト	ケタス		休業なし	3日休業
	イ	イフェンプロジル酒石酸塩	イフェンプロジル酒石酸塩	セロクラール		
	ニ	ニセルゴリン	サアミオン	ニセルゴリン		
＜参考文献＞						
※「循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン」2008年 日本循環器学会 (2009年改訂版 2015/10 更新版)						
※「脳卒中治療ガイドライン2009」2009年 日本脳卒中ガイドライン委員会 (日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本神経学会ほか) 追補2017						
※「手術医療の実践ガイドライン」2013年 日本手術医学会						
※「EHRA PRACTICAL GUIDE」: 非弁膜症性心房細動患者における新規抗凝固薬の実用ガイド(2012年), European Heart Rhythm Association						
※「科学的根拠に基づく抗血栓療法患者のケアに関するガイドライン2015年版」日本有病者歯科医療学会、日本口腔外科学会、日本老年歯科医学会						
★1「心房細動治療(薬物)ガイドライン2015年改訂版」日本循環器学会、日本心臓病学会、日本心電学会、日本不整脈学会						
★2「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン」2012年 日本消化器内視鏡学会 直接経口薬(DOAC)を含めた抗凝固薬に関する追補2017						
★3「ワーファリン適正使用情報第3版」						

医療法人社団ミッドタウンクリニック 2026年6月改定

ID	
名前	

【主治医確認書】
～消化管内視鏡検査における抗血栓薬の休薬について～

平素より大変お世話になっております。

この度、当院にて患者様の消化管内視鏡検査を行う事となりましたが、貴院より抗血栓薬の処方を受けていると伺いました。当院では「抗血栓薬服用者に対する消化管内視鏡診療ガイドライン」に基づき、抗血栓薬の休薬について下記のように定めております。

お手数ではございますが、内容をご確認の上、「～主治医記入欄～」に休薬可否や休薬期間をご記載いただきたく存じます。患者様のリスクを最小限にする為にもご協力のほど、宜しくお願い申し上げます。

【当院の基準】

当院では休薬に伴う血栓塞栓症のリスクを低減するため、抗血栓薬の内服を継続した状態で検査及び内視鏡治療が可能な場合があります。検査医の判断のもと、安全性を考慮して治療・検査を行います。抗血栓薬休薬に伴う血栓塞栓症のリスクが低い場合はより安全に内視鏡検査を行うため、休薬を検討いただくようにお願いしております。当院での治療が難しい病変を発見した場合は、入院可能な施設への紹介を行うなど、適切な対応を行います。

☐ 下部消化管内視鏡検査（大腸ポリプ切除の希望あり）：

抗血栓薬の内服が1剤までであれば内視鏡治療が可能な場合もありますが、より安全を期するため休薬をご検討ください。休薬する場合は、「抗血栓薬の休止薬一覧表」にて休薬期間を確認ください。

※チエノピリジン/チカグレロル以外の抗血小板剤を2剤以上内服している場合、抗血小板剤が単剤であればポリプ切除が可能になりますので休薬の可否をご検討ください。

※抗凝固薬（ワルファリンカリウムや直接経口抗凝固薬；DOAC）服用中の方、チエノピリジンまたはチカグレロルを含む抗血栓薬を2剤以上服用中の方はポリプ切除を行うことができないため休薬の必要はありません。

☐ 上・下部消化管内視鏡検査（観察・生検のみ希望）：

抗血栓薬は休薬不要です。

※ワルファリンカリウム（ワーファリン等）を服用中の方は生検不可のため休薬の必要はありません。

～主治医記入欄～

【患者名】 _____ 様

【休薬可否】 _____ 可 ・ 不可 （○をつけてください）

【休薬する抗血栓薬名および休薬開始日】 _____ を _____ 日間休薬

※検査当日は休薬期間に含みません

※内服再開時期は検査医が指示いたします

【記載日】 _____ 20__年__月__日

【医療機関名】 _____

【医師名】 _____

(別紙様式 8)

ID	
名前	

短期滞在手術同意書
(日帰り大腸ポリープ切除手術 同意書)

(患者氏名) 様

西曆 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名	大腸ポリープ
症状	なし ・ あり （ ）
治 療 計 画	大腸内視鏡検査にてポリープを認めた際には内視鏡的ポリープ切除を行う
手術内容及び日程	/ 大腸内視鏡検査および内視鏡的ポリープ切除
手術後に起こりうる 症状とその際の対処	主な合併症には出血と穿孔があげられる。 出血：出血量が多い際には再度内視鏡を行い止血を行ったり、輸血が必要になったりする場合がある。頻度的には少ないが、止血が困難な際には手術が必要になることもある。 穿孔（穴があくこと）：通常強い腹痛を伴う。軽度の場合には絶食と点滴で改善することもあるが、緊急手術が必要になることもある。 必要な場合には高次医療機関と連携して診療を行う。

(主治医氏名)

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で短期滞在手術を受けることに同意します。

(患者氏名)

電話番号 ()