

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.代替可能な検査について
- ☐ 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時までには飲酒、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。

4mm以上の脳動脈瘤を指摘されている方について

- ☐ 脳神経外科医師の診断の上、内視鏡検査可能であることを確認しています。(検査当日より3ヶ月以内)
- ☐ 脳神経外科医師の診断のもと、内視鏡検査を希望します。
※ 内視鏡施行については、書類持参(診断書など)、または脳神経外科医師の診察又は電話でご確認下さい。
[西暦 年 月 日 脳神経外科医療機関名: 医師名:]

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☐ 生検を希望します

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)

☐ 生検を希望しません**【ポリープ切除】検査時、検査医が必要と判断した場合**

●大腸ドックの場合は外来診療へ切り替わります

☐ ポリープ切除を希望します

(ポリープ切除を行った場合、検査後約1週間の出張・旅行・飲酒・運動をお控え頂く必要がございます)

ポリープ切除(ポリペクトミー)+病理代: 約20,000円～45,000円+大腸ドック手配料11,000円

※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。(100,000円～220,000円程度)

☐ ポリープ切除を希望しません**がんの治療中もしくは現在もがんを患っている方**☐ 主治医に内視鏡検査・生検検査・ポリープ切除が可能であることを確認しています。☐ 主治医の判断のもと、内視鏡検査・生検検査・ポリープ切除を希望します。

※内視鏡検査・生検検査の可否については、書類持参(診断書など)、または主治医の診察又は電話でご確認下さい。

[西暦 年 月 日 医療機関名: 医師名:]

神経筋疾患(ミオパチー、筋炎、重症筋無力症など)の方 ※筋萎縮性側索硬化症(ALS)の方の内視鏡検査は行っておりません☐ 主治医の診断の上、内視鏡検査・鎮静剤使用可能であることを確認しています。☐ 主治医の判断のもと、内視鏡検査・鎮静剤使用を希望します。

※内視鏡検査・鎮静剤の可否については、検査毎に事前に診断書を提出ください。

[西暦 年 月 日 医療機関名: 医師名:]

ご自身の身体状況について☐ 腹部手術(開腹手術、腹腔鏡手術、帝王切開)を6ヵ月以内に受けていません☐ 上部消化管(食道、胃、十二指腸)の内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を2ヵ月以内に受けていません☐ 検査当日の体重が130kg未満である☐ 検査当日の血圧値が、BP180/110mmHg未満である☐ 検査当日の眼圧が25mmHg未満で、且つ眼痛など症状はありません☐ 妊娠又は妊娠の可能性はありません**(説明者署名欄)**

医師(又は看護師): 西暦 年 月 日 時 分 署名:

医師(又は看護師): 西暦 年 月 日 時 分 署名:

【受診者ご本人署名欄】

西暦 年 月 日 時 分 署名:

【保護者又は、成年代理人署名欄】 ※受診者が署名できない場合西暦 年 月 日 時 分 署名: (続柄:)
連絡先(電話番号):