

下部内視鏡検査 問診票

記載日 年 月 日

お名前 _____ 年齢 _____ 才 _____ 男 ・ 女 _____

Q1. かかりつけ医さまからのご紹介ですか？

いいえ はい（かかりつけ医さまの名称： _____ ）

Q2. 下部消化管内視鏡（大腸カメラ）検査は受けたことがありますか？

初めて あります（前回検査： _____ 年ごろ）

Q3. 当てはまる症状を教えてください

便潜血反応が陽性 血便 便秘や下痢 便が細い
 定期検査 その他（ _____ ）

Q4. 薬のアレルギーはありますか？

いいえ はい（薬剤名 _____ ）

Q5. 血をサラサラにする薬を服用されていますか？（必ず申し出てください）

いいえ はい（薬剤名 _____ ）
※おくすり手帳などをご持参ください

当院記入欄 （薬剤名など）

Q6. 現在、かかられているご病気はありますか？

特にない
 糖尿病 高血圧 貧血 狭心症 心筋梗塞 透析 緑内障
 脳卒中による麻痺 ペースメーカーを入れている （男性の方）前立腺肥大
 （女性の方）妊娠あるいはその可能性がある

Q7. その他、気になることがあればご記入ください

（ _____ ）

大腸内視鏡検査 同意書

【大腸内視鏡検査について】

内視鏡を肛門から挿入し、細心の注意を払いつつ、直腸から盲腸までを、詳しく観察する検査です。検査時間は10～15分前後です。必要時、組織やポリープ切除などを行います。処置を行う場合は検査時間から15～30分前後、伸びると予想されます。

【偶発症】

1. 内視鏡挿入に伴うリスク：非常にまれですが、術後癒着などにより腸管出血や穿孔（腸管に穴が開くこと）があります。
2. 組織検査後の出血：帰宅後に出血が続けばご連絡ください。
3. 使用する薬剤による副作用：注射部の血管痛/薬疹/ショック/呼吸抑制等。

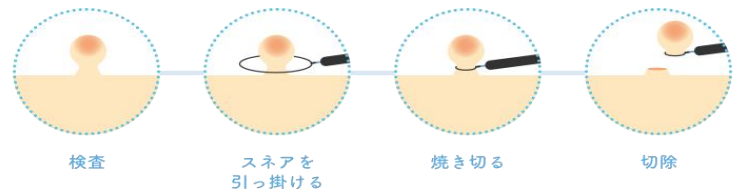
【麻酔（鎮静剤と鎮痛剤）を使用した大腸内視鏡検査】

1. 当院では基本的に苦痛を取り除くために鎮静剤及び鎮痛剤を使用して行います。希望されない場合はお申し出てください。（鎮静剤の使用を： 希望する 希望しない）
2. 点滴をとり検査が始まる前に鎮静剤を使用して眠たい状態となりリラックスして検査を受けられます。
3. 安全性を高めるため、呼吸・心拍モニターを装着します。必要に応じて酸素投与を行います。

※検査後、リカバリールームで1時間ほどお休みしていただきます。また、鎮静剤は判断力の低下、ふらつき、転倒の危険性が高まります。検査当日のお車の運転、機械作業、高所作業等はできません。

【内視鏡的大腸ポリープ切除術】（ポリペクトミー）

1. 大腸ポリープが認められた場合、サイズにもよりますがその場でポリープ切除術を行うことができます。
2. 内視鏡を通して針金（スネア）をポリープに輪投げのようにかけて高周波電流（電気メス）を流して切り取ります。日帰り治療が可能です。



【大腸ポリープ切除に伴う偶発症】

1. 切除術は手術の一種となり約1000人に1人に出血や約1万人に穿孔（大腸に穴が開くこと）等の合併症が生じることがあります。
2. 治療後1週間程度は禁酒とし、遠出の旅行・激しい運動も控えて頂きます。
3. 切除したポリープの大きさや個数などで術後の出血の可能性が高い場合などは、近隣の提携病院へ入院が必要となる場合があります。

※これらの予期せぬ偶発症は稀ではありますが、場合により入院になることもございます。

上記内容の説明を受け、内容を理解しましたので、大腸内視鏡検査の実施に同意いたします。また、内視鏡施行時にポリープを認めた場合【ポリープ切除を： 希望する 希望しない】

なお、上記の医療を行う上で必要な処置において予期されない状況が生じた場合は、それに対する緊急処置を受けることも併せて同意します。

記入日 年 月 日

患者様または代理人の署名：