

上部内視鏡検査についての同意書

1 病名あるいは症状とその原因

2 検査・治療の必要性と目標

食道・胃・十二指腸の病変の有無を調べる為にこの上部消化管内視鏡検査を行います。特に食道癌、胃ポリープ、胃潰瘍、胃癌、十二指腸潰瘍の診断に対しては必須の検査です。

3 検査・治療の具体的方法、施行日と治療に必要な期間

施行日：____月____日

検査時間は5分から15分程度です。

- ①胃の中の泡を消す薬を服用し、喉の麻酔をする薬を含んで麻酔を行います。
- ②内視鏡を口から挿入し、食道、胃、十二指腸を観察し、潰瘍やポリープ等病変の有無を確認します。
- ③病変を認めた場合は、病変の一部を採取して、顕微鏡で良性悪性の判定をします。(生検検査)

4 検査・治療にともなう合併症とその危険性や後遺症

- ①内視鏡を挿入する際に喉を傷つけることがあります。通常は、時間がたてば治癒します。
 - ②病変を認め生検を行った後で、出血することがあります。通常はすぐに止まりますが、出血量が多い場合は内視鏡による止血術を行います。抗凝固薬を内服している方は出血の危険性が高いと考えられます。稀に輸血や緊急手術が必要となる事があります。
 - ③咽頭・食道・胃・十二指腸に穿孔を起こす事があります。全国集計では5万分の1の確率です。
 - ④治療中の病気(脳梗塞・心臓疾患)の悪化。
 - ⑤全身状態が悪い患者では、ショックを起こし、呼吸停止となることもあります。
- 以上のような合併症が起こる確率は、全国集計では0.007%(14000人に1人)であり、また、この検査での死亡率は、0.00045%(22万人に1人)でした。

5 検査・治療を受けなかった場合の経過予想と予後

検査・治療を受けなかった場合、病気が進行し生命に関わることになる可能性があります。

6 他にとりうる検査・治療の有無

バリウムなどの造影剤を使用した上部消化管X線検査(胃透視)があります。しかし、X線検査では、異常を認めた場合、上述のように生検を行うことが出来ない為、良悪の判定が出来きず、詳細が分からないことがあります。

7 抗凝固薬に対する対応

当クリニックでは、休薬による脳梗塞・心筋梗塞など血栓症の危険性が低いと考えられる方には抗血栓薬を休薬し、内視鏡治療を行います。血栓症の危険性が高いと考えられる方には抗血栓薬を内服したまま行うことがあります。

ワーファリンを内服されている方は、検査日早めに来院して頂き、PT活性を測定・確認後、安全と判断したのちに内視鏡検査を行います。

抗血栓薬を二種類以上内服されている方は、通常、観察のみです。

これらの対応は血栓症の危険性と出血の危険性を総合的に考え、各学会の指針に基づき決定しています。

個々の患者様ではこの指針にあてはまらないこともあります。

8 その他特記事項 (患者様の希望等)

検査・治療についての同意書

本文書に署名するにあたり理解しておいていただきたい以下の原則をお読み下さい。

診療行為とは、医師を中心とする医療チームと患者さんが共に疾患という敵に立ち向かう共同作戦の一つであると病院は考えています。この文書を作成する目的は、医師が先に説明書でお示した計画にそった診療行為に患者さんが参加する意志があることを確認することにあります。

多くの診療行為は身体に対する影響・侵襲（ダメージ）を伴います。ですから検査や治療はそれによって得られる利益が身体に与える不利益をしのぐと判断した場合にのみ行われます。しかし、医療は万能ではなく、常に不確実な要素を含んでいますので、誠意を持って注意深く診療行為にあたったとしても、貴方に重大な合併症や事故が起こる可能性があります。診療行為の過程で、治療している疾患と関係のない偶発症が発生することもあります。もしそのような状況に遭遇すれば、最善を尽くして治療に当たりますが、不幸な転帰をたどる場合もあり得ます。

検査・治療の説明をするにあたり、予想しうる重要な合併症と診療行為の後に生じうる身体的変化については説明します。しかし、極めてまれなものや予想外の合併症の発生は、患者さんの個人差等もあり、全ての可能性を言いつくすことはできません。過失を伴わない合併症・偶発症に病院の賠償責任は生じません。医療にはこのような不確実性が常につきまとうことを承知した上で、ご自身の人生観や価値観に基づいて同意するか否かの自己決定を行い、文書に署名して下さい。

疑問がある時は、納得するまで質問して下さい。納得できない場合は、無理に結論を出さずに、他の医師に意見（セカンド・オピニオン）を聞くことをお勧めします。ご希望があれば紹介状を作成し、必要な資料も提供します。もちろん他の医師の意見を求めることで不利な扱いを受けることはありません。

説明

私は、患者 さんが に予定した
検査・治療（上部消化管内視鏡検査（胃カメラ） ）について
説明書に基づいてその内容を説明致しました。

平成 年 月 日

緑ヶ丘ファミリークリニック

担当医（署名）

立会人（署名）

緑ヶ丘ファミリークリニック 病院長 殿

上記の検査・治療について説明書に基づく説明を受け、疑問点についても質問し、内容に納得しましたので、その実施に同意します。なお、検査・治療中あるいは後に緊急の処置を行う必要が生じた場合、これを受けることについても同意します。

平成 年 月 日

患者（代理人） 氏名（署名） 続柄（ ）

住 所

患者側立会人 氏名（署名） 続柄（ ）

氏名（署名） 続柄（ ）

氏名（署名） 続柄（ ）