

上部内視鏡検査（胃カメラ）の説明・同意書

内視鏡を用いて食道・胃・十二指腸を観察し、逆流性食道炎、胃炎や胃十二指腸潰瘍、ヘリコバクター・ピロリ菌感染症、ポリープや悪性腫瘍などの治療が必要な病気がないか調べます。

1. 検査中に何かの病変がみられたり、また疑われた場合にはより正確な診断のため、必要に応じて以下のようなことが行われます。

- ① 粘膜組織の一部を鉗子でつまみ組織の検査（生検）を行います。
- ② 病変部位に安全な色素を散布し（色素散布）、病変を明瞭にして診断の助けとします。
(あとで着色された便が出る場合があります。)

2. 出血がみられた場合には、必要に応じて止血操作（内視鏡的止血術）を行います。

3. 内視鏡検査による危険性としては以下のようなことが報告されています。

- 1) スコープによる粘膜障害（粘膜亀裂）や裂傷。
- 2) 生検による出血。
- 3) 前処置の薬剤による副作用（局所麻酔剤アレルギーによるショック等）。
- 4) 偶発症の頻度は 0.007%で、死亡率は 0.000027%です。

万一、偶発症が発生した場合は最善の処置をいたします。

4. 内視鏡検査中、病変又はその疑いを認めた際は、医師の判断により胃の粘膜などから組織を採取し、病理検査を行う場合があります（一般的に「生検」といいます。

健診による内視鏡検査の場合を含め、「生検」については保険診療扱いとなり、負担割合に応じた医療費を追加でご負担いただくことがありますのでご了承ください。

以上の内容を同意いただければ、以下の同意書にご署名ください。

ご不明な点は医師または看護師にお尋ねください。また、いったん承諾された内容の撤回は可能ですのでお申し出ください。

【同意書】

私は十分な説明を受け、理解した上で、内視鏡検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

患者または代理人氏名（署名）

（代理人の場合、患者との続柄）

医師： サンクリニック 消化器内科医師 西田寿郎