

## 胃カメラ（上部内視鏡検査）の説明・同意書（医療機関控）

患者氏名：

検査予約日時：           年    月    日           時    分

胃カメラ（上部内視鏡検査）は、食道・胃・十二指腸を内視鏡で観察して病気を診断する検査です。この検査の有用性は高く、検査中に異常が疑われた場合は、直ちに色素を散布し良悪性を鑑別し、組織を採取（生検）して詳しく調べる事が可能です。

しかし、この検査を行うにあたっては有用性だけでなく危険性（偶発症）についてもご理解いただく必要があります。日本消化器内視鏡学会のまとめによる偶発症の発生頻度は、通常の胃カメラで0.027%（約3700人に1人）と報告されており、その内訳は、内視鏡挿入時の咽頭喉頭損傷・歯牙損傷・消化管穿孔（消化管に穴があくこと）、消化管からの出血などです。その他に、検査で使用する表面麻酔剤や消化管の動きをおさえる注射剤などによるアレルギーやショックなどの発生頻度は0.0001%（約10万人に1人）程度と報告されています。上記の偶発症が発生した場合は最善の処置を行います。

以上のことをご理解の上、今回実施される検査について納得し、同意いただければ、以下に署名してください。

紹介元医療機関 \_\_\_\_\_

説明日時

年    月    日

説明医師 \_\_\_\_\_

同席者（看護師等） \_\_\_\_\_

竹田総合病院殿

### 同 意 書

私は、今回の内視鏡検査について上記の説明を受け納得しました。内視鏡検査を受けることに同意します。また検査実施に関連して緊急の処置を行う必要が生じた場合、医師が必要と認めた処置を行うことも予め同意します。

年    月    日

本人のご署名 \_\_\_\_\_

家族等、代理人の方のご署名（続柄） \_\_\_\_\_

（    ）

患者さんが未成年の場合、または意識障害などで本人が署名できない場合、代理人の方が署名をお願いします。

## 胃カメラ（上部内視鏡検査）の説明・同意書（患者控）

患者氏名：

検査予定日時： 年 月 日 時 分

胃カメラ（上部内視鏡検査）は、食道・胃・十二指腸を内視鏡で観察して病気を診断する検査です。この検査の有用性は高く、検査中に異常が疑われた場合は、直ちに色素を散布し良悪性を鑑別し、組織を採取（生検）して詳しく調べる事が可能です。

しかし、この検査を行うにあたっては有用性だけでなく危険性（偶発症）についてもご理解いただく必要があります。日本消化器内視鏡学会のまとめによる偶発症の発生頻度は、通常の胃カメラで0.027%（約3700人に1人）と報告されており、その内訳は、内視鏡挿入時の咽頭喉頭損傷・歯牙損傷・消化管穿孔（消化管に穴があくこと）、消化管からの出血などです。その他に、検査で使用する表面麻酔剤や消化管の動きをおさえる注射剤などによるアレルギーやショックなどの発生頻度は0.0001%（約10万人に1人）程度と報告されています。上記の偶発症が発生した場合は最善の処置を行います。

以上のことをご理解の上、今回実施される検査について納得し、同意いただければ、以下に署名してください。

紹介元医療機関 \_\_\_\_\_

説明日時

年 月 日

説明医師 \_\_\_\_\_

同席者（看護師等） \_\_\_\_\_

竹田総合病院殿

## 同 意 書

私は、今回の内視鏡検査について上記の説明を受け納得しました。内視鏡検査を受けることに同意します。また検査実施に関連して緊急の処置を行う必要が生じた場合、医師が必要と認めた処置を行うことも予め同意します。

年 月 日

本人のご署名 \_\_\_\_\_

家族等、代理人の方のご署名（続柄） \_\_\_\_\_

（ ）

患者さんが未成年の場合、または意識障害などで本人が署名できない場合、代理人の方が署名をお願いします。