# 【下部内視鏡（大腸カメラ）検査・鎮静剤に関する　同意書】

＜目的・方法＞

① 肛門から内視鏡を挿入し、大腸の内部を観察・診断する検査です。
② 検査中に病気が認められた場合、必要に応じて組織を採取（生検）し、組織検査に出します。
③ ポリープが認められ、切除可能な大きさのものは当院で切除します。
　ポリープ切除後は数日禁酒です。長期旅行や運動の制限の指示があります。

＜偶発症＞

① スコープ挿入時の粘膜傷害・裂孔・穿孔など
② 組織検査（生検）ポリープ切除後の出血
③ 前処置や使用する薬剤アレルギー・鎮静剤によるもの
　**ふらつき・転倒・健忘症状・呼吸抑制・血圧低下・ショック**など

大腸内視鏡検査に関する偶発症　0.011％　（内視鏡学会の全国集計 2008-2012 年より）

＜服用中の薬に関する注意事項＞

① 血液をさらさらにする薬や糖尿病の薬などを服用されている方は事前に申し出てください。
　指示により検査当日に休薬や服用時間の変更をしていただく場合があります。

**当院では抗血栓薬の治療に関しては内視鏡学会のガイドラインに準じ、**
**可能な限り継続しながら検査・治療を行います。**

＜鎮静剤（麻酔）をご希望の患者様＞

眠るようにリラックスして検査が受けられます。副作用や偶発症に関する同意が必要です。

① 鎮静剤を使用した場合は検査後の**自転車やお車の運転はできません。**
② 検査後は約３０分程度リカバリールーム（回復室）でお休みいただきます。

以上の説明を受け危険性を十分理解した上で、鎮静剤使用での検査を希望しますか？

（　希望する　・　希望しない　）

**万一、緊急な事態が生じた際は、担当医師・スタッフが責任をもって対応します。**

医療法人社団　康風会
方南町　胃腸内科・内視鏡クリニック
説明医師：　　辻　　昌孝

方南町　胃腸内科・内視鏡クリニック　院長殿

**上記の内容を読んで、理解しましたので内視鏡検査の実施に同意します。**

署名年月日：　　年　　月　　日

患者様の署名：

代理人の方：