



(生年月日 年 月 日)

## 手術・検査・処置 同意書

臨床診断名	
手術・検査・処置名	大腸内視鏡±大腸ポリペクトミー
説明医師/立会医療者	/
説明年月日	

現在の病状および手術、検査、処置の必要性とその内容、これに伴う合併症ならびに今後の見込みについて別紙説明書の通り十分な説明を受け、理解しました。つきましては、手術、検査、および麻酔、等を含めて、上記実施中に必要な操作と治療に必要なすべての処置をお願いいたします。

このたびの手術・検査・処置に関して、緊急の場合を除いて、追加の処置または変更をする必要がある場合には、改めて担当医師より説明を受けるものとします。

同意した内容についてはいつでも撤回できます。患者様に最終的な決定権があり、十分な説明と同意を元に最善の治療を提供します。

検査・処置・手術予定日 年 月 日

(予定日は病状などにより前後することがあります)

沖縄県立中部病院 病院長 殿

患者様ご本人署名(本人が署名が出来ない場合はご家族・代理人が代筆する。その際(代)と末記する)

氏名 \_\_\_\_\_

同意した年月日 \_\_\_\_\_

年 月 日

ご家族・代理人署名

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

\*患者様本人が署名出来ない場合医師はその理由を選択する。その他の場合は状況を記載する。

 意識障害 小児の場合 判断能力に支障がある その他 ( )

# 手術・検査・処置 説明書

臨床診断名

手術・検査・処置名

大腸内視鏡±大腸ポリペクトミー

## 病状の説明

### 検査・手術の必要性 ①か②、いずれかを選択

① 現在は無症状の様ですが、大腸疾患は進行してからでない症状がでないことが多く、いまのうちに検査をしておくことが重要です。

現在の症状の原因としての大腸疾患を診断するためには、この検査が不可欠です。

### 手術・検査・処置の内容

① 静注安定剤と鎮痛剤、さらには腸管の蠕動を抑制する薬剤の使用下に大腸内視鏡を盲腸（場合によっては回腸末端）まですすめ、観察します。

② 検査の途中でポリープその他の病変があった場合、その場で電氣的にポリープを切除したり顕微鏡的な検査のため鉗子にて病変の一部を切除したりします。

※消毒し覆いをかけたあと、清潔と安全のため手足を安全ベルトで固定することがあります。

### 予測しうる合併症と予後

① 前もって腸管蠕動をとめる薬剤や安定剤を使用しますが、それらの薬剤でアレルギー反応をおこした例が報告されています(当科ではこれまでのところありません)

② 腸管損傷：1/1600～2000の確率で腸管穿孔を起こすことがあります。その場合、緊急手術、部位によっては人工肛門となる可能性もあります。

③ 出血：組織の一部を鉗子でかじりとったり、ポリープを除去する場合、1/300の確率で病変部に大きな血管があると出血する可能性があります。その際には内視鏡的に止血術を行いますが、止血不能の場合に緊急手術となる可能性もあります(当科ではこれまでのところありません)

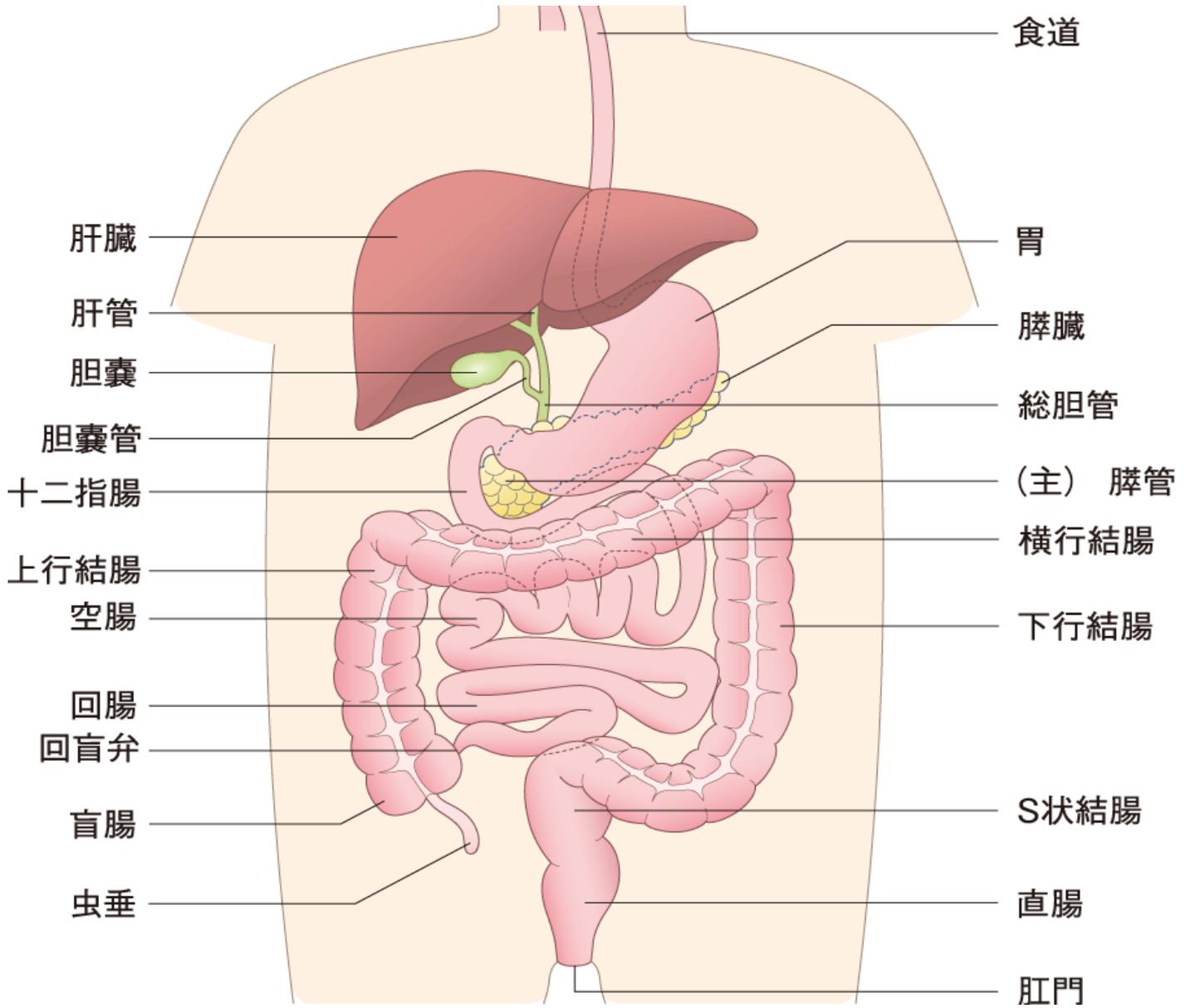
### 代替可能な医療とそれに伴う危険性、何も医療を施さなかった場合に考えられる結果

大腸内視鏡検査のみの場合 注腸検査（バリウム）、生検ができません。

ポリープ切除の場合 外科的開腹手術 経過観察、病気が進行する危険性があります。

### 麻酔・輸血の必要性(麻酔科医が関与する麻酔については麻酔科医が説明します)

前もって、上述のよう、経静脈的に安定剤と鎮痛剤は使用します。輸血は行いません。



## 下部内視鏡検査（大腸カメラ）をお受けになる患者様へ

下記の項目に関してご回答下さい。

詳細は、看護師が確認しますので、ご不明な点はその際にお尋ね下さい

問診事項	回答欄	
①薬や食べ物にアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> はい 薬（                    ） 食品（                    ）	<input type="checkbox"/> いいえ
②心臓の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> はい ○狭心症   ○心筋梗塞 ○不整脈   ○弁膜症 ○その他（                    ）	<input type="checkbox"/> いいえ
③以下の病気は、ありますか？ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 緑内障		<input type="checkbox"/> いいえ
④血液を固まりにくくするお薬を内服していますか？（抗凝固剤・抗血小板薬）	<input type="checkbox"/> はい お薬の名前 （                                    ） <input type="checkbox"/> 月   日より中止している <input type="checkbox"/> やめていない	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤現在、喫煙されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ 以前吸っていた 禁煙中 吸ったことがない
⑥現在、飲酒はされますか？	<input type="checkbox"/> はい 毎日 週3回以上 週2回以下	<input type="checkbox"/> いいえ 以前飲んでいて ほとんど飲んだことがない
⑦以前にお腹の手術を受けたことがあれば、ご記入下さい（盲腸、胆石、婦人科など）	<input type="checkbox"/> はい 歳（疾患名                    ） 歳（疾患名                    ）	<input type="checkbox"/> いいえ
⑧ご両親、ご兄弟、お子さんなどの方に「大腸がん」の方はいますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑨大腸がん以外の「がん」になったことが、ありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑩大腸内視鏡は、はじめてですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ



**お薬手帳・薬局からのパンフレットをお持ちの方は、検査当日に持参して下さい。**  
（手帳・パンフレットがない方は、用紙の裏面に飲んでおられるお薬を記入して下さい）

## 検査時に鎮静剤・鎮痛剤の使用を希望される方へ

当院では、内視鏡検査時に鎮静剤又は鎮痛剤（眠くなる注射薬又は痛みを和らげる注射薬）を使用する場合があります。この薬の使用により、検査中の不安や緊張、疼痛を緩和することができますが、下記のような注意事項や副作用があるため、全症例に注射薬を使用している訳ではありません。鎮静剤・鎮痛剤の使用を希望される方は、下記の注意事項を確認の上、名前を記入しお申し出ください。**担当医師が総合的に判断し、鎮静剤・鎮痛剤の使用を最終的に決定します。**  
**（使用希望されても、検査時に鎮静剤・鎮痛剤を使用しない場合もあります）**

### <注意事項>

1) 鎮静・鎮痛剤の効果は個人差がありますが、転倒の危険性が高まり、判断力が鈍くなる事があります。

**検査当日は、車・バイク・自転車などの運転は控えてください。**

過去に、内視鏡検査時の鎮静・鎮痛剤使用が原因と考えられる交通事故の報告があります。

万が一事故を起こした場合は自己責任となり、当院では責任を負いかねます。

高齢の方はふらつきや転倒の危険性が高いので、ご家族が必ず付き添うようお願いします。

2) 使用する薬剤によっては、注射した部位の血管が、薬の作用（血管刺激）により炎症を起こし、赤く腫れ痛みが出る（血管炎）ことがあります。症状は数日～数週間続くことや、血管が硬くなる場合があります。場合によっては、治療が必要になることもあります。

（治療が必要になる場合は、当院では 1000人に1人 です）

3) 薬剤の副作用として、アレルギー反応のほか、血圧低下、呼吸抑制作用があります。また、検査後にめまい、むかつき、ふらつきを感じる方もおり、症状が数時間持続することがあります。薬に対する反応は個人差が大きいため、以前に鎮静・鎮痛剤で何か問題があった方は、ぜひ看護師にお伝えください。薬剤の種類を変更したり、使用量を加減します。

\*詳しくは、外来主治医または内視鏡医師・看護師にお尋ねください

上記注意事項を読み内容を理解しましたので、鎮静剤の使用を

希望します

希望しません

（いずれかに○をつけてください）

氏名（）

沖縄県立中部病院 内視鏡室 2023年8月 改訂