

上部消化管内視鏡検査を受けられる方へ（経鼻用）

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査予定時刻 午前 _____ 時 _____ 分

検査前日（ _____ 月 _____ 日）

検査前日の夕食は、午後8時までに消化の良いものをおとりください。

午後8時以降は水・お茶・スポーツ飲料のみにしてください。

検査当日（ _____ 月 _____ 日）

1. 朝食はとらないでください。

水、お茶、スポーツ飲料は検査の2時間前（ _____ 時 _____ 分）までは飲んでいただいても構いません。

※注意⇒牛乳・味噌汁、スープ、コーヒーは飲まないでください。

2. 朝の内服薬は医師に確認してください。薬を服用する場合は、朝6時までにコップ1杯の水でお飲みください。また、お薬手帳をお持ちの方は持参してください。

3. 着衣、脱衣が簡単でゆったりとした服装で来院してください。

4. 午前 _____ 時 _____ 分までに来院してください。

5. 受付されましたら待合室でお待ちください。

検査室に入ってから検査時間は約10～20分です

1. 入れ歯など外れる歯がある方は、外していただきます。

2. 白い水薬（ガスコン）を内服していただきます。

3. 両方の鼻に薬剤をスプレー（プリビナ）します。これは鼻出血予防と鼻の通りを良くするためです。

4. 片方ずつ鼻をふさぎ、通りの良い方に麻酔（キシロカイン）をかけます。

5. 麻酔薬（キシロカイン）を塗布したカテーテルを鼻に挿入します。

6. カテーテルを挿入したまま、検査台の上に左側を下にして横になります。膝は軽くまげます。

7. 医師がカテーテルを抜去し、その後カメラを入れていきます。検査中は目を開けて首や肩の力を抜き、ゆっくりとした呼吸をしてください。

8. 口の中にたまった唾液はのみ込まずに顔の下にあるシートに出すようにします。

9. 会話はできますので、何がありましたらおっしゃってください。

10. 検査中は、おなかが張ったり、ゲップが出やすくなります。できるだけゲップをしないようにすると検査が短時間で終わります。

検査後

1. 医師からの結果説明があります。（当日・後日）

2. 検査後の留意点をまとめた注意書きをお渡しします。

説明者 _____

ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください。

大野医院 04-7191-3133

上部消化管内視鏡検査について(説明と同意書)

検査予定日 年 月 日

【検査の目的と方法】

貧血や腹痛の原因を調べたり、潰瘍、ポリープ、癌などを診断するために内視鏡を口から（あるいは鼻から）食道、胃、十二指腸に入れて観察します。その際必要であれば病変の一部を採取して組織検査（生検）を行います。

【検査に伴う副作用・偶発症】

検査の際には、ノドの感覚を抑える《麻酔薬》や胃腸の動きを抑える《鎮痙薬》を使用することがあります。これらの薬剤により少ないながら発疹、嘔気などの副作用が起こることや、更に稀ですがショック（血圧低下、意識障害）や不整脈など重篤な副作用を起こすこともあります。これらの薬の作用により検査後も意識がもうろうとしたり眠気を起こしたりすることがありますので《検査当日に自動車・バイク・自転車等を運転することは止めてください》。

内視鏡操作により、稀に出血や消化管の損傷、穿孔（消化管に傷がついたり穴があくこと）などの偶発症を起こすことがあります。また検査後に喉（や鼻）の痛みや違和感が数日間残ることもあります。時に誤嚥を生じ肺炎を来すこともあります。

経鼻内視鏡の場合鼻の病気や鼻腔が狭い・通りが悪い場合には痛みや出血を生じやすく実施が難しいことがあります。血液を固まりにくくする薬を内服している場合には観察のみでも鼻出血が止まりづらくなるため経鼻内視鏡検査は勧められません。

2003年から2007年の日本消化器内視鏡学会の全国集計では上部消化管内視鏡検査（生検含む）の偶発症の発生頻度は0.005%、止血治療では0.583%と報告されています。万一、副作用、偶発症が起きた場合には最善の処置・治療を行います。緊急の入院や処置・輸血・手術などが必要になることがあります。その際の診療も通常の保険診療にて行います。

【代替可能な検査】

上述の内視鏡検査以外に、バリウムなどの造影剤を用いた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に生検ができません。

元々お持ちの疾患や内服している薬などにより検査が困難な場合や使用する薬剤の制限があります。別紙問診票に《正確な情報をお知らせください》。検査に際しての準備やその流れ、諸注意について改めて説明いたしますのでご不明な点などをお尋ねいただき十分ご理解いただいた上で検査に臨んでください。

以上ご理解の上実施を承諾していただける方はこの承諾書にご署名の上、医師または看護師にお渡し下さい。承諾が得られない場合には検査を行いません。

また承諾書を提出された後でも検査を中止することができますのでいつでもお申し出ください。

説明日 年 月 日

患者氏名 _____

代理人氏名 _____

説明者 _____