

## 大腸内視鏡検査説明書・同意書（1）

### 1 目的

大腸の病気を見つけ、適切な治療方針を検討するために行います。

### 2 方法

- ① 前夜に下剤、当日朝に（原則6時から）腸管洗浄薬（約2リットル）を2時間程度かけて服用し【注1】、腸管内をきれいにします。
- ② 肛門周囲に潤滑ゼリーを塗布し、太さ約1 cmの内視鏡を肛門から挿入、大腸をくまなく観察します。
- ③ 必要時、消化管の動きを弱める薬（鎮痙薬）を筋肉注射します。【注2】
- ④ 病変を際立たせたりする目的で、色素や酢酸などの薬品を撒布することがあります。また、内視鏡下で超音波検査を行う場合があります。必要な場合、止血等の処置を追加することがあります。
- ⑤ 必要な場合、小さな組織を採取（生検）して【注3】、顕微鏡検査をします（病理組織検査）。
- ⑥ 医師の判断により、ご相談の上、ポリープなどの病変を大きく切除する場合があります（ポリペクトミーあるいは粘膜切除術）。【注3】
- ⑦ 鎮静薬が必要と判断し、使用した場合【注4】、検査終了後、回復室で休んでいただきます。
- ⑧ 安全・確実な検査を行うため、徒手あるいは器具により体動を抑制させていただく場合があります。

### 3 検査前日及び当日の注意事項

- ① 検査前日は購入いただいた検査食をとっていただき【注5】、水分を十分にとり、時間どおりに下剤を服用して下さい。
- ② 当日は食事をとらず、腸管洗浄薬を服用して下さい。
- ③ 普段服用している薬については、前日は普段どおりに、当日朝も腸管洗浄薬服用前に飲んでいただいて結構です。【注6】
- ④ 現在服用中の薬の一覧表か現物をご持参下さい。
- ⑤ 鎮静薬を使用した場合、半日ぐらい眠気やフラフラ感が続くこともありますので、検査当日は車・バイク・自転車の運転はしないで下さい。
- ⑥ ご高齢の方は、ご家族が付き添って下さるようお願いいたします。

### 4 検査後の注意事項（ポリペクトミーあるいは粘膜切除術を受けられた方は【注7】）

- ① 検査後は、水分や軽食をとっていただいて結構です。
- ② 組織採取（生検）やポリペクトミーあるいは粘膜切除術を受けられた方は、当日のアルコールや刺激物は控えて下さい。
- ③ 検査後服用いただくように、薬をお出しする場合があります。指示どおりに服用して下さい。
- ④ 強い腹痛や大量の下血など異常なことが起こりましたら、外来担当科または内視鏡センターまでご連絡下さい。

### 5 偶発症について

- ① まれに、出血や穿孔（消化管の壁に穴があくこと）などの偶発症が起こる可能性があります。
- ② 検査・治療のために使用した薬剤による副作用を認めることがあります。
- ③ 日本消化器内視鏡学会が調査した全国集計（2010年）によると、偶発症の頻度は0.08%、死亡率は0.001%でした。
- ④ 万一、偶発症が発生した場合には、外科的処置（開腹手術）を含めた最善の処置をいたします。

【注1】 腸管洗浄薬の服用前や服用途中で、著明な腹痛や腹部膨満、嘔気・嘔吐が出現した場合、服用を中止して、外来担当科または内視鏡センターまでご連絡下さい。服用後に同様の症状が出現した場合や、服用後も十分な排便がない場合についてもご連絡下さい。

## 大腸内視鏡検査説明書・同意書（2）

- 【注2】緑内障、心臓病、前立腺肥大、糖尿病の方はお申し出下さい。注射薬を変更したり、注射薬を使用しないで検査を行います。
- 【注3】「抗凝固薬・抗血小板薬の服用中止に関する説明と同意書」をお渡しした方はご覧下さい。また、心臓ペースメーカーの埋め込みを受けておられる方はお申し出下さい。
- 【注4】検査による苦痛を軽減したり、安全・確実な検査を行う目的で、鎮静薬を使用する場合があります。この場合、呼吸が弱まったり、血圧が低下することがありますので、点滴を行い、血中の酸素を測定する器械や血圧計を装着し、酸素吸入の準備をして検査を行います。  
鎮静薬が必要と判断した場合の使用の可否あるいは鎮静薬使用のご希望について、同意書内の鎮静薬使用可・否・希望のいずれかに○をご記入下さい。外来の患者様で鎮静薬使用をご希望の場合、検査当日は車・バイク・自転車での来院はなさないで下さい。
- 【注5】便秘の強い方には、検査前々日用にも検査食をご購入いただく場合があります（2日分）。
- 【注6】糖尿病薬を服用している方やインスリンを注射している方は、前日・当日の服用や注射について、前もって処方医とご相談下さい。
- 【注7】ポリペクトミーあるいは粘膜切除術を受けられた方は、治療後3時間経過後飲水のみ可となります。食事開始は翌朝からとして下さい。治療後1週間は、アルコールや刺激物は空えて下さい。強い腹痛や大量の下血など異常なことが起こりましたら、外来担当科または内視鏡センターまでご連絡下さい。

検査について、必要性・危険性を十分にご理解いただいた上で、ご同意いただければ、同意書にご署名下さい。このほか疑問点がございましたら、主治医または検査担当医におたずね下さい。

### 検査ご依頼のご施設様へ

お手数をおかけいたしますが、下記同意書の医療機関名・検査依頼医師の欄にご記入・ご署名いただいた上で、患者様へお渡し下さい。

## 同 意 書

兵庫県立西宮病院院長様

私は、現在の病状並びに検査の内容について、下記医師から説明書を受け取り了解しましたので、その実施を承諾、同意いたします。

また、検査中に緊急または予測外の処置をする必要が生じた場合には、適宜処置されることについても同意いたします。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 検査依頼医師 \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

親権者または代理人 \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

鎮静薬使用 可 ・ 否 ・ 希望

兵庫県立西宮病院 TEL 0798-34-5151