

とよしま内視鏡クリニック 承諾書

世田谷区胃がん内視鏡検診 患者様用

25.10

各数字の内容を確認されましたら、左の□に✓をお願い致します。

(1) 内視鏡検査の内容

- ① 内視鏡検査は胃がんの有無を調べるものです。
- ② 内視鏡検査中に胃がんを疑う病変があった際、粘膜の一部を採取(生検)し顕微鏡(病理)検査を行います。

※ 世田谷区の胃がん検診の目的

胃がん検診は症状の見られない健常者を対象とし、胃がんで亡くなる方を一人でも多く減らす目的で行われています。また、病理組織検査(生検)をなるべくしないよう、全体の10%以内を目標にするよう制限されております。保険診療での内視鏡検査と比べ精度は低くなる可能性があります。

(2) 内視鏡検査の偶発症

④ 薬による副作用

キシロカイン、(ミダゾラム、レミマゾラム、ペチジン(フェンタニル)、プロポフォール、ブスコパン、グルカゴン:麻酔使用時のみ)等による、アレルギー反応(アナフィラキシーショック:呼吸抑制、吐気、尋麻疹、血圧低下)、腹痛、眠気等の副作用が起きことがあります。重大なものは17000件に1件の割合です(0.0059%)。

◆薬物アレルギー等の自己申告が重要になります。歯科診療時等の麻酔薬でアレルギー反応を経験された方は、必ずお知らせ下さい。

⑤ 合併症

ショック、粘膜が傷つくことや、出血、穿孔(消化管に穴があくこと)等を起こすことがあります。重大なものは1450件に1件の割合です(0.069%)。合併症の中では1週間以内に起きることがほとんどです。安静のための入院、緊急内視鏡・入院・手術・輸血が必要になることがあります。また、検査時、血圧測定(マンシェット)により腕に皮下出血が起きる場合があります。胃内視鏡後、鼻や喉の痛み、鼻出血が現れることがあります。それぞれ治療を要することがあります。その際の費用は患者様のご負担となります。検査前からあつた疾患の悪化(症状の出ていなかった疾患を含む)が現れることがあります。

(3) 内視鏡検査の注意事項

- ⑥ 生検をした場合には食事・飲酒・スポーツ・旅行など、生活上の制限があります。
検査日当日は重要な仕事、出張、スポーツ、旅行、会食などの予定を入れないようお願いします。
※抗血栓薬が処方されている方で、検査前の投薬を中止していない場合は生検を行いません。生検が必要な場合は再検査または抗血栓薬の中止判断を行った後に実施します。
- ⑦ 胃内の前処置が不十分であるなど、観察が困難な場合があります。その際、再検査が必要になることがあります。
- ⑧ 胃の緊張をとる鎮痛薬を使用する場合があります。検査後、まぶしくて目の焦点が合わなくなったりすることがあります。事故を起こす恐れがありますので、車、バイク、自転車の運転は絶対におやめください。検査後の状況によっては、お帰りの際、付き添いやタクシー利用が必要な場合があります。
- ⑨ 授乳中の方も使用する薬の制限がありますのでお申し出ください。

【裏面に続きます。】

(4) 麻酔に関すること

⑩ 別紙、麻酔に関する同意書を確認してください。

◆世田谷区の胃がん(内視鏡)検診では、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」に基づき、鎮静薬や鎮痛薬は使用せずに実施します。個別にご希望の場合は、医師にご相談ください(別途自己負担金が発生します。)。

(5) 各種費用

⑪ クレジットカードはお会計金額によりご利用条件がございます。

⑫ 提出する組織検体や治療の有無により異なります。

(3 割負担の場合の金額)

・組織検査を行った場合 ⇒ 1臓器につき: ¥3,900

病理診断医が診断確定のために免疫染色を行った場合、1臓器当たり 400 円～4800 円を検査結果時別途ご請求させて頂きます。

⑬ 胃がん(内視鏡)検診の自己負担費用 1,500 円より対象外の別途自己負担費用のかかる検査・処置を希望しない方は下記にご署名ください。

年 月 日 ご署名_____

(6) その他

⑭ 内視鏡で得られた情報を学会発表、研究等で使用致します。個人情報に関しては匿名化を行い適正に管理しております。

⑮ 衣類に体液(胃液、唾液等)や色素が付着することがございます。検査当日は汚れてもよい服装でご来院ください。

⑯ 患者様のご不明な点・ご希望がある場合、検査前までに必ず医師・スタッフにお伝え下さい。

⑰ コロナウイルス関連: 検査予定日より 1 カ月以内に、海外渡航歴がある場合、新型コロナウイルスの患者や、その疑いのある方や家族との接触があった場合、判明した時点で必ずお申し出下さい。 事前にお申し出がなかった場合、当日、検査をお受け頂けない事があります。

以上につきまして、内視鏡検査にご承諾いただけましたら、ご署名下さい。

年 月 日 ご署名_____

代諾者_____ 続柄_____

ご署名、ご提出頂いた時点で、上記のすべてにご了承いただいたものとして検査を施行させていただきます

とよしま内視鏡クリニック

説明医師 _____ 印

住所: 東京都世田谷区成城 6-17-5

電話: 03(5429)9555