

**名古屋市立大学病院**  
**(地域連携用) 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)に関する説明と**  
**同意書**

私は、患者 \_\_\_\_\_ 様 (名古屋市立大学病院 ID : \_\_\_\_\_、生  
年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) に上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ) に関する以下の項目について、別紙文書のように説明いたしました。当院では患者様に十分理解して頂いた上で、自由意思に基づき医療を選択して頂くよう努力しています。医師からの説明および説明文書などに疑問な点などがありましたら、いつでもお尋ね下さい。

主な病名 : \_\_\_\_\_

検査の名称 : 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)

検査予定日 : \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1. **上部消化管内視鏡検査**  1— 10 承諾 (します・しません)
  2. **感染症検査**  2) 1) 測定済み・承諾 (します・しません)
  3. **病理検体の採取、保存**  2) 5) 承諾 (します・しません)
  4. **病理検体の研究利用(遺伝子研究を除く)**  2) 5) 承諾 (します・しません)
- いずれかに○印をしてください。

説明日時 : \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明医師 : 消化器内科 医師 : \_\_\_\_\_ 印

(自筆署名, もしくは記名押印)

立会人 : \_\_\_\_\_ 印

(自筆署名, もしくは記名押印)

名古屋市立大学病院院長様

私は上部消化管内視鏡検査に当たり、上記の医師より説明を受け、内容を十分に理解し了解した上で検査を受けることに同意いたしました。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 患者氏名 : \_\_\_\_\_ 印

(自筆署名, もしくは記名押印)

家族等氏名 : \_\_\_\_\_ 印

(患者との間柄 : \_\_\_\_\_ )

(自筆署名, もしくは記名押印)

**患者様の具体的な希望・医師からの注意事項など**

## < 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)の説明文書 >

この説明文書には上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)の目的、内容・注意事項、検査に伴う危険性と発症時の対応、検査後の注意事項、期待される効果、実施しない場合に予測される事象、代替可能な検査、患者様の具体的な希望、検査の同意を撤回する場合、連絡先などが必要に応じて記載されています。ご確認ください。

患者氏名： \_\_\_\_\_ 様 (ID \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_、性別：男・女 年齢： \_\_\_\_\_ 歳  
\_\_\_\_\_ 月)

### 1 検査の目的

この検査は、口から直接内視鏡を挿入し、食道、胃および十二指腸を観察し(図1)、潰瘍、ポリープ、がん、炎症などの病気の診断を行うことを目的としています。色素で染色したり、病変の一部を採って組織検査を行ったり、超音波検査を行う事があります。出血している病変に対して止血などの処置を行うことがあります。

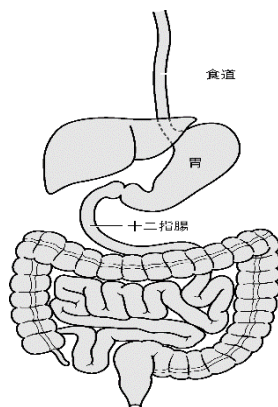


図1 食道、胃、十二指腸の位置

### 2 検査の内容・注意事項

#### 1) 感染症検査

まず、感染予防のため感染症(梅毒・B型/C型肝炎ウイルス)検査のための採血をうけて頂きます。

検査当日の内容と注意事項は以下の通りです。

#### 2) 前処置

のどの麻酔：嘔吐反射を防ぐために、のどにキシロカイン<sup>®</sup>による麻酔を行います。まれにこの薬によるアレルギー反応(血圧低下や呼吸困難)が起こる場合があります。以前、内視鏡検査や歯の治療で気分が悪くなったことがあればお申し出ください。

#### 3) 内視鏡の挿入

内視鏡を口から挿入し、食道、胃、十二指腸に挿入します。内視鏡挿入

時にごくまれに、のどや食道、胃、十二指腸を傷つけ、出血や穿孔（胃や腸に孔があく）などが起こることがあります。

#### 4) 内視鏡による食道、胃、十二指腸の観察

内視鏡を通じて空気を送り、食道、胃、十二指腸を膨らませて、隅々まで観察を行います。そのため、検査中は多少お腹が張ります。また、ごくまれに観察中にも食道、胃、十二指腸を傷つけ、出血や穿孔が起こる場合があります。

#### 5) 生検（病理検体の採取、保存）

検査中に異常が見つかった場合には、その部位より小さな組織を採取する場合があります。これはがんや特別な炎症などの診断には重要な検査です。この場合少量の出血を伴いますが、通常、自然に止まります。しかし、まれに出血が持続したり、大量出血となる場合があります。肝臓疾患・血液疾患がある方などは、その危険が増すため、生検を控えますのでお申し出ください。

組織を採取した場合、あなたの治療などに役立てるため、当院で無期限に保存されます。将来その検体が研究目的に使用されることがあり得ますが、遺伝病など子孫に受け継がれ得る情報を扱う研究に用いることはありません。（別紙 病理検体に関する同意書 参照）

### 3 検査に伴う危険性と発症時の対応

（発生頻度は、日本消化器内視鏡学会 2003～2007 年の全国調査による）

#### 1) 前処置によるもの

のどの麻酔に用いるキシロカインによるアレルギー（ショックなど）、抗コリン薬によるショック、鎮静剤による血圧低下、呼吸抑制などがありますが、頻度は0.0037%（約25,000検査に1件）です。

#### 2) 検査自体によるもの

マウスピースにより歯が損傷することがあります。

内視鏡の挿入時や内視鏡による観察時に生じる出血や穿孔、生検による出血などがありますが、その頻度は、0.025%（約4,000検査に1件、ただしこれには内視鏡的治療時のものが含まれる）です。

なお、出血がひどい場合には、内視鏡的処置や当院の方針に従って輸血が必要な場合もあります。

また、止血が困難な場合や穿孔が生じた場合には外科的手術となる場合があります。

### 4 検査後の注意事項

検査後は、のどの麻酔が効いていますので、約1.5から2時間は飲食を控えてください。また、特に静脈麻酔を受けられた方は、眠気やふらつきが残りますので、しばらく病院内で休んでいただく必要があります。検査当日は自転車やバイク、自動車の運転は絶対におやめくだ

さい。

生検が行われた場合には、帰宅後も再出血することがありますので、体の違和感、吐血や黒色便などにお気づきの場合には、遠慮なくご連絡ください。

**5 期待される効果**

他の検査以上の情報が得られ、確定診断に至る可能性が期待されます。

**6 実施しない場合に予測される事象**

実施しない場合は診断が困難となり疾病の発見や治療が遅れる可能性があり、病態の悪化を招くことがあります。

**7 代替可能な検査**

食道、胃、十二指腸の検査は、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上部消化管 X 線検査（いわゆる胃透視）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（上述）を行うことができません。

**8 患者様の具体的な希望（同意書に記載）**

**9 検査の同意を撤回する場合**

いったん同意書を提出しても、検査が開始されるまでは、検査をやめることができます。やめる場合にはその旨を下記まで連絡してください。

**10 連絡先**

本検査について質問がある場合や、検査を受けた後に緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

**【連絡先】**

住所：名古屋市瑞穂区瑞穂町川澄 1  
病院：名古屋市立大学付属病院 消化器内科  
電話：052-851-5511， 夜間：内科 A ユニット当直

## 病理検体に関する説明書

病理検査のために採取された組織などの保存と処理、またそれらの医学教育、診断精度管理、医学研究への使用について

### 1. 病理検体の保存に関する事項

病理検査の終了後、採取された検体の重要な部分は、今後、あなたの治療などに役立てるため、当院で無期限に保存されます。また、残余の検体が生じた場合は、一定の保存期間(約 3 ヶ月)の後、当院の責任で火葬に付すなど適切に処理されます。

### 2. 病理検体の検査目的外使用に関する事項

検体が、医学教育、診断精度管理、医学研究に使われることがあります。その際には国の指針\*に従って取り扱います。必要に応じて当施設の倫理委員会の審査を受けます。しかし、個人情報<sup>が</sup>公開されることはありません\*\*。また、遺伝病など子孫に受け継がれ得る情報を扱う研究に用いることはありません。

\*ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針、2001年3月29日、文部科学省、厚生労働省、経済産業省

\*\*検体や診療情報から個人情報(分担)管理者により、住所、氏名などが削除され、代わりに新しく符号が付けられます(匿名化)。個人とこの符号との対応表は個人情報(分担)管理者により厳重に管理されます(連結可能匿名化)。

上記、病理検体の保存及び検査目的外使用について、いかなる意思表示をされてもそれによる不利益を受けることは一切ありません。また同意はいつでも撤回・変更ができます。

## 上部消化管内視鏡検査・治療の問診票

内視鏡検査・治療の安全を期すために患者様に問診をとらせていただきます。

必要事項を記入のうえ、検査当日にご持参いただきますようお願いいたします。

<input type="checkbox"/>	血液が固まりにくくなる薬を内服していますか	はい・いいえ
<input type="checkbox"/>	緑内障（眼圧が高くなる病気）と診断を受けたことがありますか	はい・いいえ
<input type="checkbox"/>	心臓が悪く（不整脈、狭心症、心筋梗塞、高血圧など）治療を受けていますか	はい・いいえ
<input type="checkbox"/>	これまでにアレルギーを起こした薬はありますか	はい・いいえ
<input type="checkbox"/>	局所麻酔（歯医者、外科など）で気分が悪くなったことがありますか	はい・いいえ
<input type="checkbox"/>	前立腺肥大の治療を受けていますか（男性のみ）	はい・いいえ
<input type="checkbox"/>	現在、妊娠の可能性はありますか（女性のみ）	はい・いいえ
<input type="checkbox"/>	今までに上部消化管内視鏡（胃内視鏡）を受けたことがありますか	はい※・いいえ
	※「はい」の方はどちらで検査を受けましたか	当院・他院
<input type="checkbox"/>	上部消化管内視鏡（胃内視鏡）の時に気分が悪くなったことがありますか	はい・いいえ
<input type="checkbox"/>	甲状腺機能亢進症と診断を受けたことがありますか	はい・いいえ
<input type="checkbox"/>	糖尿病と診断を受けたことがありますか	はい・いいえ
<input type="checkbox"/>	褐色細胞腫と診断を受けたことがありますか	はい・いいえ

経鼻内視鏡検査を受けられる方のみにおたずねします。

耳鼻科領域の疾患にかかったり、美容整形を受けたことはありますか （はい、いいえ）

MAO阻害剤（エフピー錠、エフピーOD錠、セレギリン塩酸塩錠など）を内服していますか （はい、いいえ）

血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg （検査当日に内視鏡室で測定します、記入不要です）

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご署名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 男 女