

上部消化管内視鏡検査および鎮静剤使用に関する同意書

一般社団法人ウェルビーイング横浜
担当施設院長 殿

～ご注意～
同意書は、ボールペンでご記入ください。

ID:

名前:

私は、上部消化管内視鏡検査や鎮静剤投与を受けるにあたり、下記の項目にある検査の内容・危険性・偶発症発生の可能性などについて十分に理解しました。さらに、医療は不確実性を伴うため検査の結果は、完全に保証されたものではないことも理解した上で、自由な意思に基づきこの検査を受けることに同意いたします。

(下記、ご確認頂いた事項に☑を入れて下さい)

説明文書内容の理解について

- 1.検査の目的
- 2.検査の流れ
- 3.検査前の注意事項
- 4.検査後の注意事項
- 5.検査に伴う危険性・合併症・偶発症について
- 6.その他注意事項
- 7.代替可能な検査について
- 8.検査の同意を撤回する権利について
- 事前に中止が必要なお薬の確認(一覧表)

今回ご希望の検査内容

- 経鼻内視鏡 ※パーキンソン病治療薬のMAO阻害薬を使用している方は、受けられません
- 経口内視鏡
- 経口内視鏡・鎮静剤使用 (※検査後～翌朝6時まででは飲酒、乗り物の運転は致しません。)
 - 鎮静は不安や苦痛を和らげるために使用するものです。効果には個人差がありますので鎮静が不十分なこともあります。安全上、適正量を超過する使用はできないことを理解しています。
 - 緑内障なし
 - 緑内障あり (次項要確認)

緑内障(疑い、眼圧が高い方を含む)、視神経乳頭陥凹拡大を指摘されたことがある方について

- 眼科医師の診断の上、鎮静剤使用可能であることを確認しています。
- 眼科医師の診断のもと、鎮静剤の使用を希望します。
※ 鎮静剤使用については、書類持参(診断書など)、または眼科医師の診察又は電話でご確認下さい。
[西暦 年 月 日 眼科医療機関名: 医師名:]

転倒の危険性(車椅子や杖を使用、怪我や病気、年齢により足元が不安定等)に該当する方について

- 当院では鎮静剤使用後は普段以上に転倒の危険性が高まるため、付添同伴で帰宅することを推奨しています。
- 付添を依頼して、一緒に帰宅します。(付添予定者 _____ 例 : 夫)
 - 説明文書を承諾して、付添を必要としません。

4mm以上の脳動脈瘤を指摘されている方について

- 脳神経外科医師の診断の上、内視鏡検査可能であることを確認しています。(検査当日より3ヶ月以内)
- 脳神経外科医師の診断のもと、内視鏡検査を希望します。
※内視鏡施行については、書類持参(診断書など)、または脳神経外科医師の診察又は電話でご確認下さい。
[西暦 年 月 日 脳神経下科医療機関名: 医師名:]

裏面に続く

【生検】異常が見つかった場合、または、異常を疑う場合

生検を希望します

※ 約4,000円～15,000円(1～3臓器／保険診療)

※ 保険証をお忘れの方は、10割負担になります。(後日、保険証提示で返金致します)

※ 日本の健康保険に未加入の方は、20割負担になります。(約35,000～100,000円)

生検を希望しません

歯について

検査に伴う偶発症により歯の状況(健全歯や動揺歯、差し歯、インプラントなど)に関わらず、損傷を及ぼす場合があることについて理解しました。

糖尿病や肥満症、メディカルダイエットで、GLP-1受容体作動薬、もしくはGIP/GLP-1受容体作動薬を使用している方

食事制限を守られた場合も、食物残渣が見られることがあるため、事前にお申し出ください。

最終使用日: 20 年 月 日

ビクトーザ、 トルリシティ、 オゼンピック、 リベルサス、 マンジャロ、 ウゴービ、 ()

がんの治療中もしくは現在もがんを患っている方

主治医に内視鏡検査・生検検査が可能であることを確認しています。

主治医の判断のもと、内視鏡検査・生検検査を希望します。

※内視鏡検査・生検検査の可否については、書類持参(診断書など)、または主治医の診察又は電話でご確認下さい。

[西暦 年 月 日 医療機関名: 医師名:]

神経筋疾患(ミオパチー、筋炎、重症筋無力症など)の方

※筋委縮性側索硬化症(ALS)の方の内視鏡検査は行っていません

主治医の診断の上、内視鏡検査・鎮静剤使用可能であることを確認しています。

主治医の判断のもと、内視鏡検査・鎮静剤使用を希望します。

※内視鏡検査・鎮静剤の可否については、検査毎に事前に診断書を提出ください。

[西暦 年 月 日 医療機関名: 医師名:]

ご自身の身体状況について

腹部手術(開腹手術、腹腔鏡手術、帝王切開)を1ヵ月以内に受けていません

検査当日の体重が130kg未満です

検査当日の血圧値が、BP180/110mmHg未満です

検査当日の眼圧が25mmHg未満で、且つ眼痛など症状はありません

妊娠又は妊娠の可能性はありません

(説明者署名欄)

医師(又は看護師): 西暦 年 月 日 時 分 署名:

医師(又は看護師): 西暦 年 月 日 時 分 署名:

【受診者ご本人署名欄】

西暦 年 月 日 時 分 署名:

【保護者又は、成年代理人署名欄】 ※受診者が署名できない場合

西暦 年 月 日 時 分 署名: (続柄:)

連絡先(電話番号):