

大腸カメラを受けられる方へ(同意書)

【大腸カメラの目的】

大腸カメラは小腸及び大腸の病気(癌、良性のポリープ等の腫瘍や炎症)の診断や、治療を行う上で重要な検査です。検診で便潜血検査異常を指摘された方や血便や高度便秘・下痢症などの便通異常、その他腹痛等の原因精査には必要不可欠な検査です。また病変を見つけた場合には治療につなげるため病変部の組織を採取、切除することが可能です。

【検査の内容と検査時間について】

- ①検査内容；検査は可能な限り全大腸及び省庁の一部を観察いたします。
- ②検査時間；個人差がありますが 10 分程度です。病変を認めた場合等には検査・治療を追加する為時間が延長することをご承知ください。
- ③その他；腸の屈曲部の通過には多少の痛みを感じることがあります。また観察の為に適量のガスを入れるため、お腹がはりますが一時的で改善します。

【合併症等について】

大腸カメラは安全な検査ですが、合併症については全国の統計にて 500-1000 件に 1 件程度の頻度で合併症が認められます。合併症のうち 問題となるのは大腸穿孔及び出血です。大腸穿孔については直ちに入院し、手術治療が必要となります。また出血については組織検査、切除に伴う出血がありますが、通常は少量かつ短時間で止血されます。検査を受ける上で、これらの合併症について知っていただき、検査を受けることで診断・治療につながる利益とをご理解していただいた上で検査をお受けください。

【同意書】

私は大腸内視鏡検査の目的と方法・危険性について医師の説明および上記の記載事項を理解いたしました。

大腸内視鏡検査を受けることに同意します。

令和	年	月	日	患者氏名	印
ご家族氏名					印



かしはらクリニック