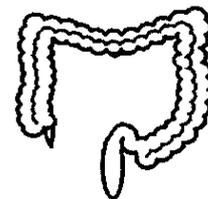


# 大腸内視鏡検査の説明書（患者さん、ご家族用）



患者 ID： \_\_\_\_\_

患者氏名： \_\_\_\_\_

様 \_\_\_\_\_

## 1. 検査の目的

大腸内視鏡検査は、肛門から内視鏡を挿入し、大腸癌、大腸ポリープ、大腸炎などの大腸の病気を診断するために、もっとも有効な検査です。

## 2. 検査の方法・手順

- ① 検査の前処置として、別紙手順のように下剤を飲んでいただき、全大腸を洗浄し便をきれいに除去します。便の状態を確認した後、検査となります（検査の施行順が予約状況と異なることがあります）。内視鏡の先端が盲腸に達するまで挿入されたら、腸を膨らませて大腸を観察します。
- ② 必要に応じて色素を撒布したり、拡大観察や組織の採取（生検）で良悪性を判断します。検査終了後は鎮静剤を使用した場合やポリープ切除を行った場合は、回復室で休んでいただきます。
- ③ ☆ 検査の際に鎮静薬を併用することで、苦痛を軽減することができます。もし、鎮静剤の投与をご希望される場合は、事前にお申し出ください。なお、鎮静薬の効果には個人差があります。また、まれに呼吸抑制や血圧低下・不整脈、半日くらいの眠気やふらふら感が出現する可能性があります。  
☆ 重症な偶発症が出現した際には、入院が必要となることもあります。  
☆ 鎮静薬の注射を受けた場合、検査当日は、車・バイク・自転車の運転を絶対にしないでください。  
☆ もともとの身体状態によっては（血圧が低い、肺・心臓疾患の病状が重傷である場合など）、医師の判断によって、鎮静剤投与ができないことがありますので、ご注意ください。

## 3. 検査当日の注意事項

- ① 内服されているすべての薬の一覧表もしくは現物を御持参ください。抗凝固薬・抗血小板薬を内服している場合は、組織の採取（生検）やポリープ切除などの処置ができない可能性があります。
- ② ご高齢の方は、ご家族に付き添っていただくようお願いいたします。
- ③ 検査当日の飲酒や喫煙は、ご遠慮ください。

## 4. 大腸ポリペクトミー、内視鏡的粘膜切除術（EMR）

大腸内視鏡検査中にポリープが見つかることがあります。癌化する可能性のあるポリープ（腺腫性ポリープ）や、すでに一部に癌を伴うようなポリープはその場で切除することができます。ポリープを切除した場合は、術後1週間程度の安静が必要です。その期間は「飲酒」「激しい運動」「遠方への出張」などを避けていただくこととなりますので、ご注意ください。

## 5. 偶発症について

ほとんどの場合は安全に行えます。しかし、内視鏡操作や前処置に伴う「徐脈、血圧低下、ショック」「出血、腸の穿孔」、投与薬剤による「アレルギー反応・呼吸抑制（低酸素血症）・急性循環不全（血圧低下）・不整脈」などの偶発症が起きる可能性があります。

※偶発症の発生率・観察のみの場合0.662% / 生検を行った場合0.504% / ポリープ切除した場合2.281%

（日本消化器内視鏡学会雑誌 VOL.59(7), Jul.2017）

出血や穿孔の程度によっては、輸血や緊急手術などが必要となる場合もあります。その他、予期せぬことまで含めておこり得る可能性があり、非常にまれながら死亡につながる重篤なものも報告されています。

## 6. 問診用紙

別紙の問診用紙に必要事項をご記入いただき、検査当日に御持参ください（わかる範囲で結構です。）

おおつか内科クリニック 消化器内科腎臓内科

## 内視鏡検査をお受けになる患者様へ

当院の内視鏡検査では、粘膜をよく観察するために、また検査をスムーズに行うために腸の動きを一時的に弱める薬（抗コリン剤）を検査前に注射することがあります。この薬は、一部の疾患をお持ちの方には下記のような症状が出現するため使用できないことがあります。

\* 心臓病・不整脈を  
お持ちの方



心拍数を増加させ心臓に負担がかかり症状を悪化させる恐れがあります。

\* 緑内障をお持ちの方



眼圧が上昇し失明する恐れがあります。

\* 甲状腺機能亢進症を  
お持ちの方



心拍数を増加させ症状を悪化する恐れがあります。

\* 前立腺肥大をお持ちの方



尿を出にくくし排尿がさらに困難になる恐れがあります。

\* 細菌性下痢、出血性大腸炎  
の方



腸の運動を止め菌の体外への排出が遅れ症状を悪化させたり治療期間を延長させたりする恐れがあります。

☆上記の疾患をお持ちの方には、同効果でその疾患に対する副作用のない薬を使用するので安心してください。

### ◆副作用に対する対応◆

初期症状として、注射後15分以内に、全身、特に顔面や上半身の熱感、呼吸困難、胸内苦悶、冷汗、悪心、嘔吐、目の違和感、蕁麻疹などの症状が現れることがあります。軽症の場合は経過観察のみで改善することが多いですが、改善しない場合や、中等症以上の副作用の場合は特別な治療が必要となることもあります。

# 大腸カメラを受けられる方の問診票



患者ID: \_\_\_\_\_ 患者氏名: \_\_\_\_\_ 様

1. 今までに大腸カメラを受けた事がありますか？ ( はい ・ いいえ )  
「はい」とお答えの方、当院ではいかがですか？ ( 初めて ・ 回目 )

2. 次の事項にあてはまるものに (O) 印を付けて下さい

- ① ( ) 心臓が悪い (心筋梗塞、狭心症、不整脈、心臓の手術を受けた)
- ② ( ) 緑内障を言われている
- ③ ( ) 前立腺肥大と言われている
- ④ ( ) 甲状腺機能亢進症と言われている
- ⑤ ( ) 糖尿病と言われている

3. 麻酔で具合が悪くなったことがありますか？ ( はい ・ いいえ )  
(内視鏡検査時、歯の治療時、その他)

4. 薬のアレルギーはありますか？ ( はい ・ いいえ )  
「はい」の方、薬剤名を教えてください ( )

5. 血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？ ( はい ・ いいえ )  
「はい」の方、薬剤名を教えてください ( )

6. 今までに腹部の手術をしたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )  
「はい」の方 [ いつ 病名 ]

7. お酒はのみますか？

- ・ 「飲む」方、飲む頻度はどのくらいですか？ ( 毎日 ・ 時々 ・ つきあい程度 )
- ・ 「飲まない」方、以前はどうでしたか？ ( もともと飲まない ・ 以前は飲んでいた )

8. 煙草は吸いますか？ ( はい ・ いいえ ・ 以前吸っていた )

9. 検査を行うにあたり鎮静剤 (眠たくなる) の使用を希望しますか？ ( はい ・ いいえ )  
鎮静剤を使用した場合付き添いが必要です。ご自分で車の運転はできません。

10. 検査について不安やご要望があれば記入して下さい  
( )

わからない点がありましたらご連絡ください

おおつか内科クリニック 消化器内科腎臓内科 TEL

病院記入欄

<input type="checkbox"/> ノスコバン	1A	0.5A	筋注	静注	<input type="checkbox"/> 前投与なし	Dr.サイン
<input type="checkbox"/> グルカゴン	1A	0.5A	筋注	静注	[	]

# 同意書

おおつか内科クリニック 消化器内科腎臓内科 院長殿

私は、( ) に関する

大腸内視鏡検査

について ( ) に十分な説明を受け、理解いたしました。

※本同意書はいつでも撤回できます。

- 上記説明について、同意します。
- 上記説明について、同意しません。

※その他、ご意見があればご記入下さい。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印)

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印) (続柄: \_\_\_\_\_)

- 患者・家族にコピー渡し済み