

検査説明書・同意書

検査名：大腸カメラ（下部消化管内視鏡検査）

一度受診いただき、検査の必要性、検査手順などについて説明を受けてください。そのときに、予約を承ります。（診察前に電話で検査日をご予約いただいても結構です。）

- （１） 大腸カメラは、肛門から機械を挿入して腸を観察する検査です。大腸ポリープ、大腸がん、炎症性腸疾患などの診断、治療が可能です。大腸の粘膜（細胞）の一部を採取（生検といいます）して、顕微鏡で調べる場合があります。
- （２） 高血圧・心臓病・前立腺・緑内障の持病がある方や 血液を固まりにくくする薬を服薬されている方は事前申し出てください。また、糖尿病のため内服、インスリン治療が行われている場合も申し出てください。
- （３） 検査、治療などで まれに腸からの出血や腸管の穿孔を生じる場合があります。検査後に血便や腹痛が続く場合はご連絡ください。（電話41-8800）

麻酔について

検査の不安や苦痛を和らげるために、静脈麻酔（うとうとする程度）が可能です。
（ごくまれに、呼吸停止などの重篤な合併症がおこることがあり注意が必要です。）

- 希望します
 希望しません

大腸カメラ検査同意書

こはまクリニック 院長 殿

- 私は、上記内容に従って検査に対する説明を受け、その実施に同意します。
また、検査実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、その適宜必要な処置を受けることを了承します。

年 月 日

署名 患者氏名
親族

（要保護者・未成年の場合）続柄（ ）