

大腸内視鏡検査およびポリープ切除術

に関する説明・承諾書

氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 月 日

病名 _____

大腸内視鏡検査は、肛門から一番奥の盲腸まで大腸ファイバーを挿入し、大腸の粘膜を観察する検査です。以前は、注腸検査といってバリウムを注入する検査が主でしたが、内視鏡の進歩と下剤の改良とともに、癌検診では主流となっている検査です。

大腸は、食道、胃、小腸と続く消化管の中で最後の部分で、盲腸、(上行・横行・下行・S状)結腸、直腸から成ります。大腸の長さは個人差がありますが、おおよそ1メートル程度あります。機能としては、結腸における水分の吸収と直腸における便の貯留が主となります。近年は、食生活の変化が原因となって、癌の発生率が高くなっている臓器でもあります。

内視鏡の検査中に、異常な病変(粘膜)や、ポリープの存在を確認した場合には、高周波の電流を通せる専用の鉗子を用いて組織採取、又は、ポリープ切除術を行います。

尚、十分に注意して行いますが、検査や処置の重篤な合併症として、出血(頻度0.1~0.5%)、大腸穿孔(程度0.1%以下)等の可能性があります。出血を起こした場合には、再度内視鏡検査を行い、止血剤、クリップ等による止血治療を行います。また、大腸穿孔を起こした場合には、腹膜炎を起こしてしまいますので、緊急手術の必要性があります。その他、随時適切な対応、処置をさせていただきます。

上記の事項について理解・同意のうえ、上記検査を承諾します。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

親族 _____ 印(受診者との関係 _____)

もし、御不明な点やご質問がある場合には、さとうクリニック (Tel 044-722-6061)までご連絡下さい。