

大腸内視鏡検査 内視鏡的ポリープ切除術・粘膜切除術 承諾書

医療法人社団 曙光会 石くぼ医院

私は、別紙「大腸内視鏡検査 及び 大腸ポリープ切除術」に関する説明書に記された内容について、
下記の医師及び、補足説明者より十分な説明を受けるとともに質問する機会を得ました。

説明年月日 20 年 月 日 説明医師 石窪 力 補足説明者

以下、承諾を頂けましたら、□にレのチェックをしてください。

・大腸内視鏡検査を受けることに同意します

私は大腸内視鏡検査に関して検査方法、目的、検査に伴う危険性(偶発症)などについて説明を受け、必要性を理解しましたので、検査を受けることに同意致します。また、実施中に緊急の処置を行う場合が生じた場合は、処置されることも承諾します。

・色素撒布(大腸癌早期発見の為に色をつけて観察します)に同意します

・生検(組織の一部を採取し、病理検査に提出します。)同意します。

・大腸ポリープ内視鏡的切除術(手術)を受けることに同意します

* 治療に伴う危険性(偶発症)などについて説明を受け理解しましたので、検査を受けることに同意致します。

また、実施中に緊急の処置を行う場合が生じた場合は、処置されることも承諾します。

※全てのポリープが切除対象とは限りません。状況に応じて経過観察または連携施設へ紹介致します。

手術後～3 日間は外出を控え、自宅で療養します。(買い物等は事前にお済ませください)

(月 日まで)

手術後～6 日間は仕事の予定がない。

(月 日まで)

検査翌日から2 週間、食事制限が守れる。食事会等の予定がない。

アルコール、刺激物(にんにくや唐辛子など)、香辛料は出血の原因となるため禁止。

検査翌日から2 週間、運動制限が守れる。サークルや集会、スポーツ教室などはキャンセル出来る。

腹圧のかかる運動(散歩、ゴルフ、草むしり、重たいものを持つ等、性交渉など)はしません。

階段の使用は控える、自転車、バイク禁止。

手術後～2 週間、当院まで1 時間以上かかる場所に外出する予定がない。(仕事・出張・旅行など)

出血時、早急な止血処置が必要となります。

一人暮らしや75 歳以上の方→手術後～1 週間、家族の付添が可能。

出血時の対応、送迎やお付き添いが必要になります。

・同意しません

大腸内視鏡検査について十分に説明を受けましたが、実施には同意しません。

年 月 日

御本人(または代理人)の御署名:

御家族(保護者、同居の方)の御名前: (関係: 同・別)

緊急時の連絡先(ご本人以外): 電話

※緊急時や確認の為に連絡する場合がありますので、必ずご家族の承諾を得てください。