

上部内視鏡検査依頼書 (診療情報提供書)

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構

神戸医療センター
担当医 先生

紹介元医療機関名及び所在地：	
担当医師名：	印
電話番号：	() -
FAX番号：	() -

予約希望日 令和 年 月 日 ()

フリガナ		旧姓		性別	生年月日
患者氏名		受診歴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日 歳
住所 〒 - -					
自宅 () -			連絡先 () -		
主 保 険	保険者番号	<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.家族		併 用 保 険	負担者番号
	記号	番号	番号		受給者番号
診断名				主訴	
検査目的 (臨床診断、現病歴、病状など)					
<input type="checkbox"/> 別紙参照					
以下の項目にチェックを入れてください。 ※記載がない場合は、確認の連絡をさせていただきますのでご了承ください。					
★ 鎮静剤をご希望ですか？					
<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ					
鎮静剤ご希望の方は、下記の質問にお答えください。					
1. 「内視鏡検査時の鎮静剤投与の説明・同意書」を用いて患者様に鎮静剤投与についてご説明いただき、説明医師名欄にご記名いただきましたか？					
<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ (記載がない場合、いいえの場合は鎮静剤の使用ができません)					
2. 自動車・バイク・自転車など、検査当日には運転できないことを説明していますか？					
<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ (記載がない場合、いいえの場合は鎮静剤の使用ができません)					

〒654-0155 兵庫県神戸市須磨区西落合3-1-1

独立行政法人国立病院機構

神戸医療センター 地域医療連携室 FAX：(078)795-6591

予約受付時間：平日 8:30~19:00

内視鏡検査時の鎮静剤投与の説明・同意書

1. 鎮静剤について

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）、大腸内視鏡検査の際に苦痛を強く感じる方に対し、検査時に血管（静脈）から鎮静剤を投与すると眠たいような状態となり、比較的楽に検査を受けられます。

鎮静剤投与では、下に説明するように検査中の偶発症（起こることは少ないが本来起こってほしくない、患者さんの不利益となること）の危険性が増える可能性があります。下記の説明を読んで、危険性を理解して、署名頂ければ、末梢静脈ルート確保（点滴）のうえ、鎮静剤を使用させていただきます。

2. 鎮静剤投与の偶発症（合併症・副作用）

注射部位の炎症・血管痛・アレルギー・血圧低下・不整脈・呼吸抑制・低酸素血症・呼吸停止・覚醒遅延（なかなか目が覚めない）・健忘（検査前後の記憶がなくなる）などが起こりえます。また、失禁される方がまれにいらっしゃるので、検査前には用便はおすませください。これら以外にも予期しない偶発症が起こりえます。偶発症は完全に避けることは不可能とされています。これらの偶発症が起きた場合、最善の処置を行うよう努力しますが、入院・点滴・薬剤投与・酸素投与・気管内挿管・蘇生処置などが必要になる場合があります。鎮静剤投与により、危険性が鎮静剤なしの7倍になったとの報告もあります。消化器内視鏡学会による最新の全国調査では鎮静剤投与による偶発症発生率 0.0013%（8万分の1）、死亡率 0.000024%（400万分の1）と報告されています。元々の体の状態によっては（血圧が低い、肺・心疾患の病状が深刻などの場合）、医師の判断により鎮静剤投与ができないことがあります。

3. 鎮静剤投与後に注意すること

目が覚めた後も薬の影響が残ることがあり、眠気やふらつきが生じることがあるので、検査後約1時間は病院で休んで頂く必要があります。また当日は、自動車やバイク、自転車などの運転は絶対にできません。また、危険を伴う仕事をする事もできません。

説明日 年 月 日 説明医師名
同席者 職種（ ）

内視鏡検査時の鎮静剤投与の説明・同意書

私は、鎮静剤投与の説明を読み、納得したうえで、内視鏡時に鎮静剤を受けることを希望します。検査中・後に緊急処置を行う必要が生じた場合には適宜処置を受けることに同意します。また、当日は自動車・バイク・自転車などの運転は行いません。危険を伴う仕事も行いません。

同意日 年 月 日

本人署名 _____
代理人署名 _____
(続柄)