

小腸カプセル内視鏡検査同意書

本検査は、カプセル型の内視鏡（カプセル内視鏡）を飲むことにより、消化管の内面を撮影し、その画像をコンピュータ画面に表示して読影し、診断を行う方法です。

カプセル内視鏡本体の大きさは径約 11mm、長さ約 26mm です。これを飲めない方（小さな子供さんや意識のない方、食事が通らない方など）は検査が出来ません。妊娠の可能性がある方も安全性が確認されていないので、検査を避けて下さい。

飲み込んだカプセルは通常、数日以内に自然に便と共に排泄されます。

カプセル内視鏡検査をお受けになる前に、以下の注意点をご理解下さい。

- 1) カプセル内視鏡が消化管（胃や腸）のどこかで引っかかり、長期間排泄されない場合、内蔵している電池の液漏れなどで身体に悪影響が起こる危険性があります。したがって、2 週間以上滞留した場合、小腸内視鏡で取り出す処置を行ったり、最悪の場合、開腹手術が必要になることがあります。
- 2) カプセル内視鏡は体外からコントロールできないので、消化管の内面すべてを写すことは出来ません。また、消化管に食べた物や便が残っていると、腸内面をうまく撮影できないことがあります。
- 3) カプセル内視鏡の移動が極端に遅く、服用後 8 時間経っても大腸に到達しない場合は小腸のすべてを撮影できないことがあります。カプセル内視鏡が胃内に 30 分以上停滞している場合は、小腸への移動を促すため胃腸の動きを促進する薬を注射することがあります。

万一、緊急事態、偶発症、合併症が発生した場合には、適切な処置・治療を行います。

以上、_____様にカプセル内視鏡検査の目的と必要性、方法、危険性について説明しました。

年 月 日

医療施設 _____ 説明者 _____

同席者 _____

私は、年 月 日に内視鏡検査の目的と必要性、方法、危険性について上記の記載事項を読み、また、説明者よりの説明を受けました。

私は、年 月 日（曜日）に平和会 吉田病院 消化器内視鏡・IBD センターにてカプセル検査を受けることに同意します。

万一、緊急事態、偶発症・合併症が発生した場合には、適切な処置・治療を受けます。

年 月 日

本人署名 _____

（代筆者 _____ 続柄 _____）

※代筆者氏名は患者様本人が未成年または署名不可能な場合にご署名ください。