

ID \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

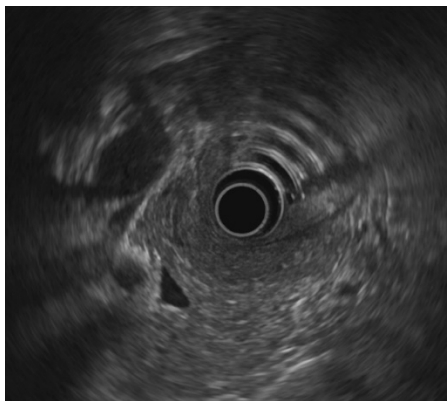
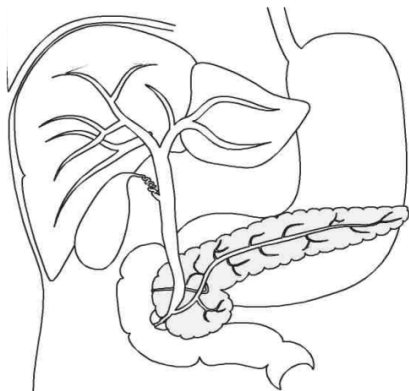
月 日に検査を行います

PM 検査用

## 超音波内視鏡検査をお受けになる方へ説明と同意書

### 【超音波内視鏡検査 EUS とは】

超音波内視鏡検査(EUS)とは、内視鏡の先端に取り付けられた超音波画像装置で、消化管壁の構造や膵臓、胆管、胆嚢、リンパ節など通常の腹部エコー、CT、MRI などの検査で見にくい部位を詳しく調べることができる検査法です。通常の内視鏡（約 6~9mm）よりも少し太く（約 12mm）、検査時間も 15~20 分程度かかるため、**検査時の苦痛を和らげるために鎮静剤を使用します。**



### 【EUS で発見できる疾患】

#### 《胆のう疾患》

胆のうポリープ、胆のう腺腫、胆のうがん、胆のう結石(胆石)、胆のう腺筋腫症、急性胆のう炎、慢性胆のう炎、胆泥、黄色肉芽腫性胆のう炎、気腫性胆のう炎、陶器様胆のう

#### 《胆管疾患》

総胆管結石、肝内胆管結石、胆管がん、肝内胆管がん、胆管狭窄、胆管ポリープ、原発性硬化性胆管炎、IgG4 関連胆管炎、Mirizzi 症候群、膵胆管合流異常、十二指腸乳頭部腺腫、十二指腸乳頭部腺がん

#### 《膵臓疾患》

膵嚢胞性病変(膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)、漿液性嚢胞性腫瘍(SCN)、粘液産生膵腫瘍(MCN)、Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) )、膵腫瘍(膵臓がん、内分泌細胞癌、腺房細胞がん、退形成性膵管がん)、急性膵炎、慢性膵炎、膵石症、膵仮性のう胞、膵管癒合不全、自己免疫性膵炎、腫瘍形成性膵炎

#### 《消化管疾患》

粘膜下腫瘍(SMT : submucosal tumor→悪性リンパ腫、GIST(gastrointestinal stromal tumor)、平滑筋腫、神経鞘腫、粘膜下腫瘍様の発育をするがん、脂肪腫、血管腫、カルチノイド、神経内分泌腫瘍、迷入膵、リンパ管腫、のう胞

#### 《その他の疾患》

後縦隔腫瘍、腹腔内腫大リンパ腫、副腎腫瘍、肝腫瘍、がんによるリンパ節転移診断

### 【検査まで】

・受付からお帰り頂くまで、1 時間程度とお考えください。検査自体は通常 15~20 分程度となります。

### 【前日の注意事項】

前日は特に制限はございません。

服用するべきお薬、お休みするお薬については、検査予約時に説明させていただきます。

### 【当日の注意事項】

朝食はとらないでください。飲料は水・お茶・スポーツ飲料のみになります。

喫煙は 1 時間前から禁止になります。

心臓や血圧のお薬は通常通り内服して下さい。糖尿病薬やインスリンは担当医師の指示に従って下さい。

【起こりうる偶発症】

- ・カメラが擦れることによる嘔吐・粘膜裂傷・出血・消化管穿孔
- ・前処置の薬剤によるアレルギーや副作用

日本消化器内視鏡学会が調査した全国集計（参考：日本消化器内視鏡学会誌 2016年58巻9号 p.1466-1491）によると上部消化管内視鏡検査によって生じる頻度は 0.006%（1万6000分の1）、死亡率は 0.0001%（100万分の1）でした。また、超音波内視鏡検査偶発症は 0.042%（2500分の1）であり、穿孔が 0.022%と半数以上を占め、次いで裂創が 0.005%でした。穿孔例の内 60%で外科手術が施行されております。万が一、偶発症が発生したときは、保険診療で適切な病院施設にて外科的処置を含めた最善の処置をいたします。

【検査後の注意】

検査後はお腹が張った感じや軽い痛みを感じることがあります。

30分程して少量のお水を飲み、違和感がなければお食事を取ることができます。

【鎮静剤の使用と注意事項】

- ・睡眠剤・安定剤を常用されている方は、当日内視鏡看護師までお申し出ください。
- ・当日は車、バイク、自転車の運転・機械の操作・危険を伴う仕事、重要な決定は厳禁です!!!  
（運転してこられた方は、鎮静剤を使用できませんのでご注意ください。）
- ・検査終了後は、休んでからお帰りいただきますので、検査後に重要な予定は入れないようお願いします。
- ・ご高齢の方は、できる限り付き添いの方とご一緒に来院ください。
- ・検査終了後はまっすぐにご自宅にお帰りください。

費用一例

超音波内視鏡検査だけを行って観察する場合	保険診療 3割負担で約 8000 円
胃カメラ+超音波内視鏡観察を行う場合	保険診療 3割負担で約 13000 円
胃カメラ+病理検査+超音波内視鏡検査観察を行う場合	保険診療 3割負担で約 18000~25000 円

~~~~~  
以上の通り、超音波消化管内視鏡検査（EUS）の説明を行いました。

\_\_\_\_年 月 日 説明医師 \_\_\_\_\_

私は EUS について説明を受け上記記載事項を理解しました。従って EUS を受けることに同意しました。

- 1) 検査実施に関連して緊急の措置を行う必要が生じた場合、医師が必要と認めた処置を行うこと。
- 2) 検査当日、ご自分で運転（自動車、バイク、自転車）する患者様は希望されても鎮静剤処置は行えません。

上記の事、予め同意します。

\_\_\_\_年 月 日 患者署名又は代理人 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

この用紙は、検査当日受付に提出してください。