



可児さとう内科  
大腸カメラ 同意書

検査日

令和 年 月 日

① 抗血栓剤（血がサラサラになる薬）を内服されている方、ペースメーカーが入っている方は事前に申し出てください。

申し出がない場合、ポリープ切除が出来ない可能性があります。

② 内視鏡検査中、必要に応じて病変が疑われる組織を一部採取して顕微鏡で観察する詳細な検査（生検）を行うことがあります。

生検を行った場合、結果説明のために再度ご来院していただきます。

③ ポリープを切除した場合、10日間程度食事や日常生活に制限が出ます。また、結果説明のために再度ご来院していただきます。

④ 偶発症について : 頻度 0.012%

・出血 : 生検… 頻度 0.09% 、 ポリープ切除 … 頻度 0.5-1%

・穿孔（大腸に穴が開く） : 頻度 0.1%

\* 万が一、上記の偶発症が生じた場合には、最善の処置を行います。

この際の費用は通常の保険診療となります。

<検査についての同意>

別紙の「大腸カメラ説明書」や偶発症の説明を受け理解し、検査を受けることに同意します。

また万が一、偶発症が生じた場合には、必要な処置を受けることを承諾します。

令和 年 月 日

患者自署

\_\_\_\_\_  
家族または代理の方のご署名

(続柄 : )