

大腸カプセル内視鏡検査同意書

(1) 大腸カプセル内視鏡検査とは

本検査は、カメラを内蔵したカプセルをビタミン剤のように口から飲み込む大腸の内視鏡検査です。苦痛の少ない検査で、カプセル内視鏡が肛門から自然排出された場合とカプセル内視鏡のバッテリー切れにより撮像が終了した場合に検査が終了となります（自然排出するまでの時間は患者様によって異なります）。カプセルは消化管を通過しながら画像を撮影し、腹部に付けたセンサから腰に付けた記録装置に撮影画像を転送します。医師はこの画像をもとに大腸の診断を行います。

(2) 検査の目的

大腸疾患の診断のために行う検査です。

消化管に狭窄（腸管の内側が狭くなった状態）がある、もしくは狭窄が疑われる場合には、本検査の前に腹部X線検査等で消化管の開通性を評価する場合があります。

(3) 検査の方法

1. 検査前日、便になりにくいお食事の摂取と、指定された下剤の服用をして頂きます。
2. 検査当日、医療スタッフがセンサを腹部に貼付し、記録装置をベルトで腰に固定します。なお、下剤や消化管の運動を促進する薬剤を検査前に服用頂くことがあります。
3. カプセル内視鏡を適量の水で飲み込んで頂きます。下剤や消化管の運動を促進する薬剤も服用頂きますので、指示に従ってください。

(4) 注意事項

カプセル内視鏡のバッテリー持続時間内に全大腸を観察できない場合があります。

私は上記検査について十分な説明を受け、内容等を十分理解いたしましたので、検査を受けることを同意します。また、カプセルが滞留してしまった場合は、カプセルを取り出す処置（薬剤、内視鏡や外科的手術など）を受けることも承諾します。

平成 年 月 日

同意者氏名： _____

又は法定代理人： _____

（未成年者の場合は、必ず記載してください）

私は、上記患者様に大腸カプセル内視鏡検査について十分に説明いたしました。

説明日：平成 年 月 日

森医院

説明医師

氏名： _____