

カプセル内視鏡検査同意書

(1) **カプセル内視鏡検査**とは、カメラを内臓した長さ 26mm×幅 11mm のカプセルをビタミン剤のように口から飲み込む小腸の内視鏡検査です。

検査はこれまでの小腸検査と比べて苦痛の少ない検査で、8 時間で終了し、検査中は日常生活を送ることができます。

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ー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小腸の診断を行います。

※ 検査中は入浴やシャワーは控えて頂くようお願い致します。

(2) 検査の目的

小腸疾患の診断のために行う検査です。

(3) 検査の方法

1. 検査前日、消化の良い食事を午後 10 時までに摂り、その後の飲食はお控え頂きます。
2. 検査当日、センサーを腹部に貼付し、記録装置をベルトで腰に固定します。
3. カプセル内視鏡を適量の水で飲み込み、およそ 8 時間で終了致します。

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（内視鏡や外科的手術など）を受けることも承諾します。

令和 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： 令和 年 月 日

森医院

説明医師 氏名： _____