

鼻咽腔ファイバースコープについての説明書

鼻咽腔ファイバースコープを受けられる方へ

1) 鼻咽腔ファイバースコープとは？

鼻咽腔ファイバースコープ（直径3mmの内視鏡）を鼻の穴から挿入し、ノドの奥、粘膜の状態、唾液等分泌物の貯留有無、誤嚥や食塊残留の有無・程度などを調べます（食道の中には入れません）。

2) 注意事項

- 表面麻酔を用いますので、塩酸リドカイン（キシロカイン）アレルギーがある方は必ず申し出てください。
- 食べ物を用いますので、食物アレルギーのある方は必ず申し出てください。
- 内視鏡を鼻の穴に挿入する際、まれに鼻出血が起こる場合があります。出血が止まりにくい方や抗凝固薬を服用の方は申し出てください。
- 当科では、あらかじめ協力医療機関を確保の上、救急対応を依頼することが可能な環境で検査を行わせていただきます。
- 検査画像、検査風景（テスト食、患者様姿勢など）を記録させていただきますが、その取扱に際しては、個人情報に遵守いたします。

検査後、万が一体調の変化をきたした場合は、当科（03-5275-1732）までご連絡ください。

検査をできるだけ安全に確実にを行うため、次ページの「鼻咽腔ファイバースコープ問診票・同意書」の質問にお答えください。問診票・同意書は、ご署名の上、検査時に必ずお持ちください。ご不明な点がございましたら、担当医に遠慮なくご質問ください。

鼻咽腔ファイバースコピー問診票（控）

- 過去の鼻咽腔ファイバースコピー経験

☐なし ☐あり（いつ頃か 病院名 ）

- アレルギー

☐なし ☐あり
（ ）

- 出血がとまりにくい、抗凝固剤薬を服用など

☐なし ☐あり
（ ）

- その他、特記事項などありましたらご記入ください。

（ ）

鼻咽腔ファイバースコピー同意書

東京歯科大学 水道橋病院長殿

私は鼻咽腔ファイバースコピーにあたり、現在の私の病状、検査の必要性と方法、副作用の可能性と危険性、および緊急時の処置について十分な説明を受け、さらに鼻咽腔ファイバースコピーについての説明書を読んで納得しましたので、検査の実施に同意します。

患者様氏名： _____

ご本人あるいは代理人（保護者）署名： _____

ご本人との関係： _____

同意の日付： 年 月 日

説明および同意書確認者 担当歯科医師： _____

日 付： 年 月 日