

ID _____ 名前 _____ 月 日に検査を行います

PM 検査用

上部消化管内視鏡検査をお受けになる方へ説明と同意書

【検査まで】

・受付からお帰りいただくまで、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】

朝食は消化のいいものを午前 9 時までにご飯をすませてください。その後検査終了まで食事はできません。飲料は水・お茶・スポーツ飲料のみになります。飲酒はおやめください。

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。

糖尿病治療薬内服中の方はお知らせください。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）によるとその頻度は0.00006%（1万6000分の1）、死亡率は0.000001%（100万分の1）でした。万が一、偶発症が発生したときは、保険診療で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場合があります。

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。

費用一例

胃カメラ検査のみの場合	保険診療 3 割負担で約 5000 円
胃カメラ検査 + 病理検査 1 か所の場合	保険診療 3 割負担で約 10000 円
胃カメラ検査 + 病理検査 2 か所の場合	保険診療 3 割負担で約 15000 円
胃カメラ検査 + ポリプ切除手術の場合	保険診療 3 割負担で約 17000 円



以上の通り、上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の説明を行いました。

_____ 年 月 日 説明医師 _____

私は上部内視鏡検査（胃カメラ）について説明を受け上記記載事項を理解しました。従って上部内視鏡検査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) 医師が検査中必要と判断した、色素液使用、病理組織検査、ピロリ菌検査などを行うこと。

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。