

ID _____ 名前 _____ 月 _____ 日に検査を行います

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、21時までには食事をすませてください。検査終了まで食事はできません。飲料は水・お茶・スポーツ飲料のみとし、飲酒はおやめください。

糖尿病治療薬を内服中もしくはインスリン投与中の方はお知らせ下さい。

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】

朝食はとらないでください。飲料は水・お茶・スポーツ飲料のみになります。

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+ポリープ切除手術の場合	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。

ID _____ 名前 _____ 月 _____ 日に検査を行います

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時までに食事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+ポリープ切除手術の場合	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。