

## 上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）予約票・同意書

内視鏡を鼻または口から挿入し、食道・胃・十二指腸の一部をカメラで直接観察します。炎症、ポリープ、がんなどの異常がないかを調べます。異常を認めた場合、病変組織の一部を採取（生検）、ポリープ切除などの検査を行うことができます。

検査日は 月 日（ ） 時 分です。

□ **鎮静剤を希望** → 車・バイク・自転車での来院はお控えください。

### □ 検査前日

夕食は午後9時までに摂ってください。（脂肪分、繊維の多い食事は避ける）

それ以降は、固形物は摂らないでください。

水分は取っていただいてかまいません。（お薬も内服可）

### □ 検査当日

朝食は摂らないでください。 コップ1～2杯の水はかまいません。

いつも服用しているお薬は主治医の指示に従ってください。

\* 血液をサラサラにするお薬は、必ず主治医の先生に確認してください。

### □ 検査費用（3割負担の場合）

胃カメラ（観察のみ）	約 5500 円
ピロリ菌検査	約 700 円
病理組織検査	約 4500～8000 円
合計	約 10000～15000 円

\* **予約変更が必要な方は、検査前日までに当院にお電話ください。**

検査当日のキャンセルや、予約時間に遅れられる場合は必ずご連絡ください。

（診察時間の関係上、検査ができないことがあります。）

同検査の実施について同意いたします。

年 月 日 氏名 (署名)

住所

患者様が未成年である場合は親権者が、患者様が自分で記載できない場合は代理人がご署名ください。

緊急連絡先（TEL） (続柄)