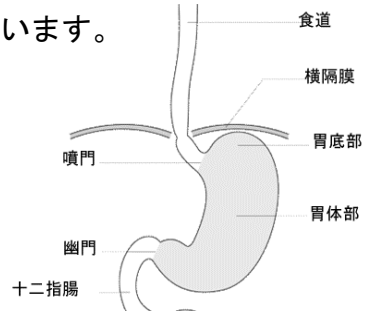
胃がん検診 説明・同意書

〈 検査の内容 〉

鼻腔または口から内視鏡を挿入します。（※ただし鎮静剤の場合は「口」のみとなります）
検査中病変が見つかったり、疑わしい場合は保険診療（*）に移行し生検等を行います。
出血がみられた場合には、必要時止血処置を行います。

（*）追加検査の種類と費用（3 割負担の場合）
ピロリ菌検査：約 2000 円　／　生検（ 組織検査 ）：約 4500 円



〈 偶発症について 〉

□ 内視鏡による粘膜障害・裂傷・穿孔・出血、前処置の薬剤によるアレルギーなど
（全国調査によると、偶発症の頻度は 0.005%、死亡件数は 0.0002%（100 万人に 2 人）と報告されています。）

□ 万が一緊急事態が生じた際は、当院で初期治療を行います。必要に応じて他院にご紹介します。

〈 検査を受ける際の注意点 〉

□ 抗血栓薬・糖尿病薬を飲んでいる場合は、必要に応じて休薬が必要です。

□ 鎮静剤（静脈麻酔）を使用する場合

□ 鎮 静 剤 ①（別途 2,200 円）：車やバイク、自転車などの運転は終日できません。
□ 鎮 静 剤 ②（別途 2,700 円）：検査後ベッドで約 30 分、その後ご自身の車内で 15 分以上休んで眠気やふらつき等がないことを確認後に運転可能です。

□ 鎮静剤使用による呼吸抑制、血圧、酸素低下、眠気の遷延（時に半日以上）の可能性があります。
□ 検査中に血中酸素濃度が大きく低下した場合、一時的に酸素を投与します（保険診療となります）。
□ 年齢、血圧等を考慮し安全を優先した量を使用します（まれに効果が不十分な場合があります）。

職員記載欄
□抗血栓薬（　　）→（ 継続 ・ ＿＿＿日前に中止）
□糖尿病薬（　　）→当日（ 朝 ・ 昼 ）中止

✓ **上記の事柄について説明を受け、十分理解しましたので、その実施に同意いたします。**

✓ **必要に応じて、保険診療（*）での追加検査を希望します。**　携帯電話＿＿＿＿＿＿＿＿

記載日　　年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 鎮静剤を使用する方は、以下の項目にお答えください。

体 重　　Kg
来院方法（ 送迎 ・ 徒歩 ・ タクシー ・自分で運転（鎮静剤②のみ）・ 他　　）
前回の鎮静の効果（今回が初めて・良かった・効きすぎた・効きが弱かった）
普段の血圧が 100 以下（はい・いいえ）
(※1)飲 酒　（ いいえ・はい→毎日・週　　回・ 時々）
(※1)安定剤・睡眠導入剤を飲んでいる（はい・いいえ）
(※2)大豆または卵のアレルギーがある（はい・いいえ）
（※1）該当する方は、**鎮静剤の効果が減弱する可能性**があります。
（※2）該当する方は、鎮静剤②は使用できません。