

# 内視鏡検査同意書

年 月 日

私は担当医師（奥川 ）より（胃・大腸）内視鏡検査の目的、検査の内容および偶発症について説明を受けました。その内容を理解し、検査の実施に同意いたします。

氏名： \_\_\_\_\_ 代理人： \_\_\_\_\_

住所： 〒 \_\_\_\_\_

※なお、内視鏡検査実施にあたり、下記の事項を希望します。

- 鎮静剤・鎮痛剤(ミダゾラム・ペチジン塩酸塩)の使用……………( 希望する 希望しない )  
使用薬剤にアレルギーのある方、車やバイクなどの運転の予定がある方、検査後の仕事に支障がある方は使用できません。
- 生検（病理組織検査）…………… ( 希望する 希望しない )  
正確な診断を行うために担当医が必要と判断した場合のみ行います。  
希望されない場合、別の日に再検査が必要となることもあります。
- 大腸ポリープ切除（短期滞在手術）…………… ( 希望する 希望しない )  
抗血栓剤（血液をサラサラにする薬）の休薬ができない方、検査後 1 週間以内にご旅行、出張などで遠出される予定の方、腹圧のかかる運動などの予定がある方は後出血や腸管穿孔のリスクを避けるためポリープ切除は行えません。

※ 内視鏡検査・治療に伴う偶発症および合併症に関しましては別紙（内視鏡検査説明書）をご参照ください。

※ 短期滞在手術等基本料

大腸ポリープ切除など、日帰り手術を行うための環境（人員や医療設備などの充実度）及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理、定型的な検査、画像診断等を包括的に評価する施設基準を満たしている場合に算定が認められるものとなります。

当院は上記の基準を満たしているとして、2024年7月1日付で関東信越厚生局から施設基準の認定を受けました。基本料金の加算が適用されることになり患者さんの負担金額が変更となります。ご理解のほど宜しくお願いします。

ご不明な点・ご質問などがございましたら、下記にお問い合わせください。

[受付時間] 平日 9:30~13:00 16:00~19:30

土 9:30~13:00 15:00~17:00 水・祝日・日曜休診

TEL : 03 (3724) 3715