

上部消化管内視鏡検査(経口・経鼻)確認・同意書

胃カメラの方法(希望する方法に○をしてください)

(検査当日、車・バイク・自転車でお越しの方は鎮静剤は使用出来ません)

()鼻からの胃カメラ 鎮静剤は使用しません(部分麻酔のみ)

()口からの胃カメラ



()鎮静剤を希望しない

()鎮静剤を希望する

※鎮静剤使用時は、別途3,300円(10%税込)が必要です。

※鎮静剤の効果残存の為、検査終了後1時間程休息が必要です。

※重症筋無力症、急性閉塞隅角緑内障の方は鎮静剤を使用する事が出来ません。

病理組織検査(内視鏡医師の判断で組織採取)

()希望する

約4,000円(3割負担の場合)

※5階窓口でお支払い頂く健診費用とは別に、
保険診療として病院1階窓口でお支払ください。

※マイナンバーカード(保険証)を忘れずご持参ください。

※病理検査の結果は、2週間後以降に予約を取り、1階外来診察にてご説明致します。

()希望しない

ピロリ菌抗体検査(内視鏡検査実施者用オプション検査)

()希望する

料金2,200円(10%税込)

※過去にピロリ菌の除菌治療をされた方は、
正しい検査が出来ませんのでお勧めしません。

()希望しない

※今回の検査内容について、上部消化管内視鏡検査説明書等を充分にご確認・ご理解頂いた上で、
内視鏡検査を受けられることに同意されましたら、下記にご署名をお願い致します。

年 月 日

※ボールペンでご記入下さい。 氏名

(本人ご署名)



裏面もご記入お願いします

上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)の問診票

該当するところにボールペンで○印を付け、ご回答ください。

1	これまでに、胃カメラ検査を受けられたことがありますか？	はい	いいえ
2	病院や歯科で麻酔(キシロカイン)を受けて気分が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
3	薬などのアレルギーはありますか？ 薬の名前()症状()	はい	いいえ
4	現在、治療中の病気はありますか？ 病名()	はい	いいえ
5	現在、以下の病気にかかっていますか？		
	急性閉塞隅角緑内障(きゅうせいへいそくぐうかくりょくないしょう)	はい	いいえ
	重症筋無力症	はい	いいえ
上記の病気にかかっている方は、症状を悪化させる事がある為、鎮静剤を使用できません。			
6	現在、飲んでいる薬はありますか？ 薬の名前()	はい	いいえ
7	血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？	はい	いいえ
	()ワーファリン()イグザレルト()プラザキサ()バイアスピリン ()エリキュース()チクロピジン()クロピドグレル()リクシアナ その他()		
8	過去にピロリ菌検査を受けたことがありますか？	はい	いいえ
	()ピロリ菌検査は「陰性」だった		
	()ピロリ菌検査は「陽性」だったが治療しなかった		
	()除菌治療を受け「陰性」になった ()除菌治療を受けたが「陰性」にならなかった		
9	女性の方のみお答えください。 妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ
	現在授乳中ですか？	はい	いいえ

検査に際して、下記についてご注意ください。

★食事について

- 1.検査前日の夕食は、22時までに済ませてください。
その後は絶食です。水は飲んででも差し支えありません。
- 2.検査当日の朝から絶食です。水は検査の2時間前まで飲んで差し支えありません。

★医師から処方された薬について

- 1.血圧や心臓の薬は服用してください。
- 2.糖尿病の薬は服用しないでください。(低血糖を起こす可能性があります)
その他の薬については、主治医にご相談ください。

★持参物について

- 1.タオル1枚
- 2.マイナンバーカード(マイナ保険証)または、資格確認書

※鎮静剤を希望する場合は、安全の為、指先で血液の酸素濃度を測定します。
酸素濃度を測定できなかった場合、鎮静剤を使用する事ができない為、
ジェルネイル(爪の装飾品)等はおやめください。

質問は以上です。

2026年4月版