



可見さとう内科
胃カメラ 問診票・同意書

検査日

令和 年 月 日

下記に質問に はい ・ いいえ のいずれかを○で囲んでください。

- 検査を受けるにあたり説明書を読まれて、ご質問はありますか？ はい ・ いいえ
- 今まで胃カメラを受けたことはありますか？ はい ・ いいえ
- 鎮静剤の使用をご希望されますか？ はい ・ いいえ
鎮静剤を使用することで苦痛を軽減することが出来ます。
鎮静剤を使用した場合、検査終了後も眠気が残るため、1時間の院内での安静が必要になります。
また、検査後は終日車の運転が出来ません。
- ピロリ菌の検査・治療を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ
- 現在服用している薬はありますか？ はい ・ いいえ
はいと答えた方は、当日お薬手帳や薬の説明書など内容のわかるものを必ず持参してください。
- 1か月以内に抗生剤や胃薬を飲みましたか？ はい ・ いいえ
はいと答えた方 … 薬の名前がわかる範囲で記載してください。
()
- 血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？ はい ・ いいえ
はいと答えた方 … 薬の名前 : ()
- 今までに薬を飲んだり注射を受けた後に、気分が悪くなったことはありますか？ はい ・ いいえ
- 取り外し可能な入れ歯はありますか？ はい ・ いいえ
- その他：気になることや伝えたいこと、ご希望があれば記入してください。

<検査についての同意>

別紙の「胃カメラ説明書」について理解し、検査を受けることに同意します。
また万が一、偶発症が生じた場合には、必要な処置を受けることを承諾します。

令和 年 月 日

患者自署

家族または代理の方のご署名

(続柄 :)

*お書きいただいた情報は診療目的以外には使用いたしません。ご協力ありがとうございました。